



Prévention des Abus
Financiers envers les Aînés

Questionnaire annuel de prévention sur l'autonomie et l'abus

1- Quel est le nom et le numéro de téléphone de l'une des personnes en qui vous avez le plus confiance ?

Nom : _____ / _____ Téléphone.: (____) _____
(en lettres moulées) (lien de parenté)

2- Avez-vous un mandat d'inaptitude? Oui Non J'aimerais faire ou refaire mon mandat d'inaptitude
Si vous en avez un, inscrire le nom et le numéro de téléphone d'au moins une personne étant votre mandataire.

Nom : _____ / _____ Téléphone.: (____) _____

Nom : _____ / _____ Téléphone.: (____) _____
(en lettres moulées) (lien de parenté)

Avez-vous un testament? Oui Non J'aimerais faire ou refaire mon testament

3- A- Y a t'il quelqu'un dans votre entourage qui fait des pressions afin de vous soutirer de l'argent par divers moyens ou tente de s'emparer de vos biens et ce, contre votre gré ? Oui Non

B- S'il y a lieu, aimeriez-vous qu'un organisme habilité à prévenir les abus communique avec vous pour vous aider à mettre fin à cette situation? Oui Non, pas pour le moment

C- J'accepte de participer au programme PAFAMA^{MD} dès cette année sans attendre d'être en perte d'autonomie. Un intervenant de l'AQDR Québec ou tous autres organismes ayant les connaissances nécessaires pourront faire une visite-surprise dans les prochains mois pour voir si je me porte bien.

Pas pour cette année. Veuillez communiquer avec moi le plus tôt possible.

Je vous autorise à faire parvenir une copie de ce document à l'AQDR Québec pour un suivi du questionnaire. (AQDR - L'association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées).

En contribuant à notre programme PAFAMA^{MD}, lorsque nous constaterons que vous êtes en perte d'autonomie, vous autorisez l'AQDR Québec ou tout autre organisme à vous rencontrer afin de vérifier l'état des lieux où vous habitez. On pourra alors constater si les services et les soins que vous avez sont conformes à une qualité de vie adéquate. Une attention particulière sera faite si vous restez avec l'un des membres de votre famille ou un(e) ami(e). S'il y a abus ou négligence, une dénonciation pourrait être faite aux autorités compétentes. De plus, notre service d'avocats soit le bureau Côté Desmeules, avocats inc. pourrait aussi être utile à votre cause en cas de besoin afin de limiter l'abus.

LES SERVICES SERONT OFFERTS GRÂCE À DES FONDS PROVENANT DU FONDS PAFAMA ET DE L'AQDR.

IMPORTANT : Je vais déménager cette année. Je souhaiterais avoir de l'aide pour trouver un logement.

Commentaires :(facultatifs) _____
_____ (suite au verso si manque de place)

Si ce questionnaire n'est pas retourné d'ici 10 jours, un appel sera fait et pourrait déclencher le programme.

Je désire faire un don de _____ \$ au Fonds PAFAMA. Un reçu aux fins d'impôt vous sera retourné.
(faire un chèque à l'ordre de : Fondation communautaire du grand Québec). (Note : pour le Fonds PAFAMA)

J'aimerais être contacté par un conseiller en sécurité financière afin de discuter de mes finances.

Nom _____ Adresse _____ Tél : (____) _____
(en lettres moulées) (en lettres moulées)

Nom de votre conjoint(e) s'il y a lieu _____ Tél : (____) _____
(en lettres moulées)

Votre signature _____ ou mandataire _____ Date _____

Ce document sera traité confidentiellement. Le retourner à l'adresse plus bas d'ici 10 jours.

PAFAMA^{MD} est une marque déposée et distribuée par Denis White – Texte reproduit avec autorisation seulement – Dégagement de responsabilité