



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)

2. Si vous n'avez pas de mandat d'inaptitude, cochez ici Dans le cas contraire, inscrire le nom et le numéro de téléphone d'au moins une personne qui est ou serait votre mandataire.

Nom _____ Téléphone (____) _____

Nom _____ Téléphone (____) _____
(En lettres moulées)

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 responsable concernant les abus communique avec vous pour vous aider à mettre fin à cette situation? Oui Non

c) Si vous êtes dans une résidence pour personnes âgées ou à votre domicile avec des services ou soins médicaux, vous pouvez demander à ce qu'une personne ayant les connaissances nécessaires fasse une visite surprise cette année, et cela, sans frais pour voir si vous allez bien. Une attention particulière sera portée si vous restez avec l'un des membres de votre entourage. S'il y a abus, une dénonciation sera faite à la Direction, aux autorités compétentes ou au CLSC de votre secteur.

Oui je le veux. Pas pour cette année. Veuillez communiquer avec moi, j'ai besoin d'explications.

Je déménagerai cette année. J'apprécierais avoir de l'aide pour trouver un logement.

Commentaires (facultatif)

(Suite au verso, si vous manquez d'espace)

Les 3 questions suivantes sont facultatives :

Je désire faire un don de _____ \$ au Fonds SVP - Denis White - FCGQ. (Un reçu de Centraide vous sera remis).

J'aimerais être contacté(e) par un conseiller en sécurité financière pour discuter de sécurité sur placements.

Dorénavant, je désire recevoir ce questionnaire par courriel : _____
(Si le courriel ne fonctionne pas, le questionnaire sera envoyé par la poste)

Votre nom _____ Nom de votre conjoint(e) s'il y a lieu _____
(En lettres moulées) (En lettres moulées)

Adresse _____ Tél. (____) _____
(En lettres moulées)

Votre signature ou celle de votre mandataire _____ Date _____

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