

## PLAN FINANCIER PERSONNEL

### I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date du plan : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

État matrimonial/civil : \_\_\_\_\_

Coordonnateur de cas : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Programme : Bureau régional des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées : \_\_\_\_\_

**UNE PERSONNE A-T-ELLE ÉTÉ LÉGALEMENT DÉSIGNÉE POUR GÉRER LES FINANCES DE LA PERSONNE?** \_\_\_\_\_

Si « oui », préciser qui : (p. ex., subrogé à l'égard des biens, curateur)

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**II. ÉVALUATION DES BESOINS DE SOUTIEN :** Cochez les cases correspondant aux éléments pour lesquels la personne a besoin d'aide. Nommez les personnes qui sont actuellement responsables d'aider la personne dans les domaines de compétences mentionnés.

DÉCISIONS RAISONNÉES :	Oui	Responsable	DÉPENSES QUOTIDIENNES :	Oui	Responsable
<b>Aide requise pour :</b>			<b>Aide requise pour :</b>		
<input type="checkbox"/> déterminer ses besoins et préférences; <input type="checkbox"/> cerner un éventail d'options; <input type="checkbox"/> se renseigner davantage sur ces options; <input type="checkbox"/> évaluer les risques et les avantages de chaque option; <input type="checkbox"/> choisir une option selon ses préférences personnelles; <input type="checkbox"/> communiquer sa décision aux autres; <input type="checkbox"/> mettre sa décision à exécution/prendre des mesures; <input type="checkbox"/> évaluer les résultats des mesures prises.			<input type="checkbox"/> prendre des décisions concernant ses dépenses quotidiennes; <input type="checkbox"/> associer un montant d'argent à une dépense en particulier; <input type="checkbox"/> garder son argent en lieu sûr (portefeuille, porte-monnaie); <input type="checkbox"/> choisir des articles/dépenses en fonction de son budget; <input type="checkbox"/> payer ses dépenses quotidiennes (café, dîner, activités); <input type="checkbox"/> reconnaître la dénomination des billets/de la monnaie; <input type="checkbox"/> déterminer l'exactitude de la monnaie retournée ou reçue (comptage).		
<b>FINANCES MENSUELLES :</b>			<b>PROCÉDURES BANCAIRES :</b>		
<b>Aide requise pour :</b>			<b>Aide requise pour :</b>		
<input type="checkbox"/> comprendre ses sources de revenus et ses responsabilités (salaire, aide sociale); <input type="checkbox"/> comprendre ses obligations et ses besoins financiers mensuels; <input type="checkbox"/> établir un budget en fonction de ses obligations et de ses besoins; <input type="checkbox"/> savoir de combien d'argent elle dispose pour ses dépenses quotidiennes/occasionnelles; <input type="checkbox"/> lire et comprendre les factures reçues; <input type="checkbox"/> payer ses factures mensuelles à temps, en argent comptant (en personne) ou par chèque; <input type="checkbox"/> comparer les prix et vérifier les rabais; <input type="checkbox"/> choisir et acheter des produits personnels et des vêtements (bonne taille); <input type="checkbox"/> conserver ses reçus/preuves d'achat pendant une période raisonnable.			<input type="checkbox"/> établir un ou des comptes bancaires en son propre nom; <input type="checkbox"/> établir un ou des comptes cosignés (si cette case est cochée, consultez les pages 2 et 8); <input type="checkbox"/> établir un ou des comptes signés par le personnel (si cette case est cochée, consultez les pages 2 et 8); <input type="checkbox"/> établir des bordereaux de dépôt bancaire ou des chèques tirés sur un compte; apprendre à signer/marker des chèques ou des bordereaux de dépôt bancaire; <input type="checkbox"/> effectuer des retraits ou encaisser des chèques; <input type="checkbox"/> utiliser le guichet automatique bancaire pour effectuer des transactions; <input type="checkbox"/> comprendre les frais de services bancaires et les intérêts; solder un compte – ne pas laisser un compte à découvert		

FINANCES À LONG TERME :	Oui	Responsable	ÉVITER L'EXPLOITATION :	Oui	Responsable
<b>Aide requise pour :</b>			<b>Aide requise pour :</b>		
<input type="checkbox"/> comprendre le besoin de planification et de gestion à long terme; <input type="checkbox"/> comprendre l'importance d'épargner et de conserver des fonds dans son compte; <input type="checkbox"/> planifier des achats plus importants et des activités plus dispendieuses et épargner en conséquence; <input type="checkbox"/> trouver les meilleurs rabais avant de faire des achats importants; <input type="checkbox"/> payer les articles/achats majeurs (meubles, vacances); <input type="checkbox"/> prendre connaissance des garanties et des reçus et les conserver en lieu sûr; <input type="checkbox"/> remplir ou faire remplir ses formulaires (aide sociale, déclaration de revenus); <input type="checkbox"/> gérer ses actifs/investissements/dettes.			<input type="checkbox"/> éviter de donner de l'argent ou des biens de valeur; <input type="checkbox"/> empêcher que d'autres personnes prennent son argent/ses biens sans permission; <input type="checkbox"/> éviter de répondre aux sollicitations d'argent/de retrait bancaire.		

**III. PLAN**

**1. MESURES DE SOUTIEN PERMANENT** – Veuillez donner des détails sur les domaines de compétences (voir la partie II) pour lesquels la personne n'a pas le soutien nécessaire et inscrivez le nom d'un nouveau responsable souhaité ou exigé par la personne. Décrivez en détail les mesures de soutien à fournir à la personne et nommez le ou les personnes responsables de prendre ces mesures. Utilisez des pages supplémentaires au besoin.

**REMARQUE** – Si un **compte cosigné ou un compte signé par le personnel** est requis, veuillez consulter la page 8 et répondre aux questions de cette section. Expliquez pourquoi le participant n'est pas en mesure d'être le seul signataire de son compte et décrivez les mesures à prendre en conséquence.

DÉTAILS SUR LES MESURES DE SOUTIEN PERMANENT À FOURNIR	RESPONSABLE

Travailleur des services communautaires : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### III. PLAN (suite)

**2. AUTRES OBJECTIFS ET MESURES À PRENDRE –** Faites état des autres objectifs ou mesures à prendre pour répondre aux besoins, désirs et intérêts supérieurs de la personne ou à toute préoccupation ou circonstance particulière entourant la gestion de ses fonds personnels. Déterminez les mesures à prendre pour atteindre chaque objectif; le responsable de chaque mesure; la date limite à laquelle chaque mesure devra avoir été prise (voir la section Goal and Action Planning [Objectifs et plan d'action] de la politique). Utilisez des pages supplémentaires au besoin.

OBJECTIFS	MESURES À PRENDRE POUR ATTEINDRE CHAQUE OBJECTIF	RESPONSABLE	DATE LIMITE

**3. LISTE DES PARTICIPANTS/PERSONNES RESPONSABLES –** Veuillez fournir les renseignements demandés sur chaque responsable chargé d'aider la personne à acquérir des compétences précises ou à prendre des mesures pour atteindre ses objectifs (comme il est indiqué dans les parties II et III). Ajoutez les noms de personnes qui ont participé à la planification, mais à qui aucune responsabilité n'a été attribuée. Utilisez des pages supplémentaires au besoin.

NOM	ADRESSE/TÉLÉCOPIEUR	TÉLÉPHONE	LIEN

Rempli par : \_\_\_\_\_

(pages 1 à 3)  
 Personne/famille/autorité constituée  
 Fournisseur de services/personnel  
 Autres responsables désignés

Date : \_\_\_\_\_

Date de révision : \_\_\_\_\_

**LISTE DE POSSESSIONS PERSONNELLES ACCUMULÉES**

Veillez remplir cette page lorsque le fournisseur de services ou le personnel est responsable de la protection, de l'achat ou de l'accumulation de biens personnels importants au nom de la personne (p. ex., articles non vestimentaires de plus de 100 \$ [meubles, électroménagers, appareils électroniques, etc.]).

**NOM DE LA PERSONNE :** \_\_\_\_\_

**AIDANT OU AIDANTE :** \_\_\_\_\_

**FOURNISSEUR DE SERVICES :** \_\_\_\_\_

ARTICLE	DATE D'ACHAT/DE RÉCEPTION	NOM ET ADRESSE DU VENDEUR OU DU DONATEUR	DESCRIPTION : COULEUR, NUMÉRO DE SÉRIE, TYPE, MARQUE, MODÈLE	ARTICLES JETÉS : DATE, RAISON, INITIALES

c. c. : S'il y a lieu : Fournisseur de services/personnel  
 Personne/famille/autorité constituée

## DÉPENSES ET REVENUS PRÉVUS

Ne fournissez les renseignements demandés que si la personne a besoin de l'aide d'un fournisseur de services ou du personnel pour gérer ses revenus et dépenses ou pour faire son budget.

Nom : \_\_\_\_\_ Année : 20 \_\_\_\_\_

Aidant ou aidante : \_\_\_\_\_

Fournisseur de services : \_\_\_\_\_

Programme : \_\_\_\_\_

**Total de tous les fonds disponibles pour l'année du budget (les totaux figurent sur la page suivante)**

Revenu annuel total de toutes provenances :	\$
Total des soldes courants de tous les comptes bancaires personnels :	\$
Total des fonds disponibles sur demande auprès d'autres sources :	\$
Total des fonds disponibles pour l'année du budget :	\$

### 1. REVENU ANNUEL PROJETÉ

Déterminer toutes les sources de revenus et le montant du revenu (estimer au besoin). Les sources de revenus doivent comprendre ce qui suit : aide au revenu (allocation sociale); revenus d'emploi; pensions et rentes parrainées par l'employeur; sécurité de la vieillesse/Supplément de revenu garanti; régime de pensions du Canada; assurance-chômage; indemnités pour accident du travail; intérêts/dividendes; revenus de location; crédits d'impôt; prestations d'assurance.

Nom de l'institution bancaire	Numéro de compte	Date du solde	Solde
<b>TOTAL DES SOLDES COURANTS DE TOUS LES COMPTES BANCAIRES PERSONNELS :</b>			

Total des soldes courants de tous les comptes bancaires personnels : \_\_\_\_\_ \$

Source de revenus (ajoutez des commentaires ou des renseignements particuliers)	Toutes les deux semaines	Mois	Autre (spécifiez la fréquence)	Revenu annuel total (de chaque source)
<b>TOTAL DES REVENUS ANNUELS DE TOUTES LES SOURCES :</b>				

**FONDS DISPONIBLES SUR DEMANDE POUR L'ANNÉE DU BUDGET – (curateur public, subrogé pour les biens, curateur, famille, etc.)**

Nom et adresse de la personne-ressource	Lien avec cette personne	N° de téléphone	Montant disponible (en \$)
<b>TOTAL DES FONDS DISPONIBLES SUR DEMANDE POUR L'ANNÉE DU BUDGET :</b>			

**INSCRIVEZ LE TOTAL À LA PAGE PRÉCÉDENTE SOUS « TOTAL DES FONDS DISPONIBLES POUR L'ANNÉE DU BUDGET ».**

**2. DÉPENSES ANNUELLES PROJÉTÉES**

Déterminez les dépenses projetées et le montant de dépenses approximatif (estimez au besoin). Mettez à jour le tableau lorsque des changements sont apportés aux dépenses ou aux montants inscrits au budget.

Dépenses projetées	Fréquence			Montant annuel
	Semaine	Mois	Autre	
<b>Besoins personnels :</b>				
<b>Besoins du ménage :</b>				
<b>Besoins liés au transport :</b>				
<b>Total des dépenses annuelles : (le montant ne devrait pas dépasser le total des fonds annuels disponibles pour l'année du budget)</b>				
<b>Besoins futurs :</b>				
<b>Dépenses futures totales : (à effectuer lorsque des fonds suffisants auront été accumulés)</b>				

**Travailleur des services communautaires :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

c. c. : Pages 5 et 6, s'il y a lieu : Fournisseur de services/personnel  
Personne/famille/autorité constituée

## RENSEIGNEMENTS FINANCIERS À LONG TERME

Ne fournissez les renseignements demandés que si le fournisseur de services ou le coordonnateur de cas a besoin de renseignements financiers à long terme pour assumer ses responsabilités liées à la gestion des finances de la personne (p. ex. gestion du compte bancaire, paiement de dettes, mise à jour de renseignements sur les finances à long terme). Aux fins de confidentialité, ces renseignements ne doivent pas être communiqués au personnel de soutien directement responsable de la gestion financière quotidienne.

**NOM :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

**FOURNISSEUR DE SERVICES :** \_\_\_\_\_

**COORDONNATEUR DE CAS :** \_\_\_\_\_ **PROGRAMME :** \_\_\_\_\_

**ACTIFS DANS UN OU PLUSIEURS COMPTES BANCAIRES OU EN FIDUCIE** – Autres que les actifs conservés dans les comptes bancaires personnels auxquels la personne a facilement accès.

Nom et emplacement	N° de compte	Type de compte	Solde courant

**ACTIFS SUPPLÉMENTAIRES** – Décrivez tous les autres actifs détenus par la personne (certificat de placement garanti [CPG], régime enregistré d'épargne-retraite [REER] et autres actifs importants comme des biens immobiliers et des placements), en notant s'il s'agit de propriétés individuelles ou conjointes sous Description.

Description et emplacement des actifs	Personne-ressource – détails sur les actifs (nom, adresse et n° de tél.)	Valeur approximative

**ENTENTES SPÉCIALES** – Décrivez toutes les ententes spéciales concernant l'avenir (p. ex., testament, préarrangements funéraires).

Description des ententes	Personne-ressource – détails sur les ententes (nom, adresse et n° de tél.)	Valeur approximative

**PASSIF** – Décrivez toutes les dettes importantes.

Description du passif	Personne-ressource – détails sur le passif (nom, adresse et n° de tél.)	Valeur approximative

c. c. : S'il y a lieu : Fournisseur de services/personnel  
Personne/famille/autorité constituée

## Évaluation des comptes cosignés et des comptes signés par le personnel de soutien

La majorité des participants des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées ont un compte bancaire dans une institution bancaire locale et sont, comme la plupart des autres citoyens, le seul signataire de leur compte. Cela devrait être la norme. Il y a toutefois de rares situations où la personne ne peut être l'unique signataire ou le signataire de son compte. Les travailleurs des services communautaires et les fournisseurs de services doivent poser les questions suivantes lorsqu'ils demandent ou envisagent des comptes cosignés ou signés par le personnel :

**Comptes cosignés** – Il s'agit de comptes que le participant peut signer, avec l'un de deux membres du personnel de soutien désignés comme étant autorisés à cosigner le compte du participant. Au moins l'un des deux membres du personnel doit occuper un poste de supervision (p. ex., gestionnaire). Le participant doit demeurer le principal signataire du compte. Les comptes cosignés ne sont établis qu'avec le consentement du participant (s'il est juridiquement indépendant) ou qu'avec le consentement du subrogé à l'égard des biens ou du curateur.

- Le participant s'est-il déjà **manifestement** rendu à son institution bancaire **de son plein gré** avec une personne qui l'a ensuite forcé à lui remettre ses fonds?
- Quels mécanismes de protection a-t-on mis en place, mis à part une cosignature, pour éviter que se produise le scénario ci-dessus et qui n'ont pas fonctionné?
- L'institution bancaire a-t-elle demandé un cosignataire parce que la signature ou la marque apposée par le participant n'était pas toujours la même?

**Comptes signés par le personnel de soutien** – Il s'agit de comptes que le personnel de soutien est autorisé à signer parce que le participant est incapable de le faire. Veuillez noter qu'un subrogé à l'égard des biens doit être désigné pour que cette option puisse être mise en place.

- Le participant est-il physiquement incapable de signer son nom ou de faire une marque acceptée par l'institution financière?
- Un problème médical grave empêche-t-il le participant de se présenter en personne à la banque?
- Le participant adopte-t-il des comportements agressifs ou destructeurs qui ne sont pas acceptables dans une institution bancaire?
- Pour régler le problème précité, pourrait-on demander une mesure d'adaptation (p. ex. réserver par rendez-vous un local privé où le participant pourra effectuer ses transactions bancaires)?

### Questions et exigences générales

- Si un compte cosigné ou signé par le personnel de soutien se révèle nécessaire, quand prévoit-on prendre des mesures en ce sens? De l'information à ce sujet doit être consignée dans le plan financier.
- Que prévoit-on faire pour qu'à l'avenir, le participant n'ait plus besoin que son compte soit cosigné ou signé par le personnel de soutien? De l'information à ce sujet doit être consignée dans le plan financier.