

Moi, aidant proche  
d'une personne  
fragilisée

# Le jour où je n'y serai plus

Carnet de notes, souhaits et expériences  
de l'aidant proche et de la personne fragilisée

- carnet personnel de l'aidant proche
- carnet concernant une personne en situation de handicap, de fragilité, complété avec son aidant proche

## CE DOUBLE CARNET EST UNE INVITATION À PRÉPARER L'AVENIR, LE VÔTRE ET CELUI D'UNE PERSONNE FRAGILISÉE DONT VOUS ÊTES AIDANT PROCHE.

Un carnet dans lequel vous pouvez indiquer vos souhaits, vos réflexions, vos demandes, votre expérience

- pour un avenir où vous ne pourrez plus gérer tout ou partie de votre vie,
- pour la période où vous aurez perdu vos repères,
- pour informer vos proches pour le jour où vous ne serez plus là,
- pour transférer toute votre expérience pour votre proche fragilisé et son avenir.
- Pour échanger avec lui sur cette période où vous ne gèrerez plus comme aujourd'hui.

**Le premier carnet vous concerne personnellement** (carnet 1 – carnet personnel de l'aidant proche). C'est l'occasion de réfléchir à vos souhaits pour votre vie et votre fin de vie si vous ne pouviez plus vous exprimer. Tous ces éléments, principalement en rapport avec ce proche que vous soutenez, vous pouvez les noter dans ce carnet ou simplement préciser le(s) document(s) où vous les avez indiqués.

**Le deuxième carnet** est réservé à des éléments relatifs à **une personne en situation de handicap, de fragilité** dont vous êtes aidant proche (carnet 2 – carnet concernant une personne en situation de fragilité / de handicap, complété avec son aidant proche). Cette personne ne sait peut-être pas gérer tout ou partie de son quotidien ou de son avenir et vous souhaitez transmettre votre expérience, en collaboration avec lui/elle.

Connaissant ces éléments, vos proches, ses proches pourront réaliser vos/ses souhaits, vos/ses demandes ou s'inspirer de votre expérience.

Ces carnets sont purement informatifs. Ils donnent des renseignements à ceux qui prendront le relais après vous, à ceux qui, après vous, deviendront ses aidants proches.

Ce double carnet pourra être complété par des documents avec des formes particulières (un testament, une déclaration de préférence, un mandat...), rédigés avec un notaire, un avocat, un conseiller... Ils sont repris par ce dessin :

Vous pouvez y faire référence dans ce carnet.



Ces carnets devront être mis à jour régulièrement pour être pleinement utiles.

Conservez-les dans un endroit sûr et accessible : votre table de nuit, un meuble à l'entrée de votre logement... ou chez la personne dont vous êtes l'aidant proche. Et parlez-en autour de vous.

Chacun des deux carnets présente, en son centre, une partie détachable relative au patrimoine. Cette partie détachable peut être confiée à une personne de confiance ou déposée dans un coffre .

**Penser au jour où vous ne serez plus là peut être source d'inquiétudes, voire d'angoisse, notamment si vous êtes aidant proche d'une personne fragilisée. Préparer ce jour permet d'assurer un suivi à ce que vous avez mis en place et donne de meilleures chances à un avenir de qualité pour vous et pour lui/elle.**

## POUR ALLER PLUS LOIN

### LIEU DE VIE ET D'ACTIVITÉS

- Structures d'hébergements et de soins (à domicile ou institutionnels) pour personnes âgées :  
[belgium.be/fr/sante/soins\\_de\\_sante/services\\_medicaux/maisons\\_de\\_repos](http://belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/maisons_de_repos)  
Informations et conseils :  
en Wallonie : Senoah : [senoah.be](http://senoah.be)  
à Bruxelles : Infor-Homes : [inforhomesasbl.be/fr/](http://inforhomesasbl.be/fr/)
- Lieux de vie et d'activités pour personnes en situation de handicap :  
en Wallonie : [www.aviq.be/handicap/vosbesoins/etre\\_accueilli](http://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/etre_accueilli)  
à Bruxelles : [phare.irisnet.be/lieux-de-vie](http://phare.irisnet.be/lieux-de-vie)  
[phare.irisnet.be/activites-de-jour](http://phare.irisnet.be/activites-de-jour)
- Services d'aide à l'inclusion (notamment services d'accompagnement) :  
en Wallonie :  
[www.aviq.be/handicap/vosbesoins/etre\\_accompagne/index.html](http://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/etre_accompagne/index.html)  
à Bruxelles : [phare.irisnet.be/aides-a-l-inclusion](http://phare.irisnet.be/aides-a-l-inclusion)

### SOINS ET MÉDICAL

- Notamment les documents et carnet médical de Trisomie 21 France [santetresfacile.fr/telechargements](http://santetresfacile.fr/telechargements) et le passeport hospitalisation et soins de Wallopoly,  
[wallopoly.be/wp-content/uploads/2017/02/Passeport%20Hospitalisation.pdf](http://wallopoly.be/wp-content/uploads/2017/02/Passeport%20Hospitalisation.pdf)
- Loi des patients (y compris déclarations et procurations dans ce cadre) :  
<https://www.health.belgium.be/fr/loi-droits-du-patient-dans-une-bonne-relation-sait-ce-que-lautre-peut-apporter>

### CAPACITÉ DE GÉRER

- Protection judiciaire et mandat extrajudiciaire (Loi 2013) notamment Brochure « Guide pratique pour les administrateurs familiaux » éditée avec Fondation Roi Baudouin :  
<https://www.notaire.be/donations-successions/mandat-extrajudiciaire-et-protection-judiciaire>  
[notaire.be/donations-successions/mandat-extrajudiciaire-et-administration-provisoire](http://notaire.be/donations-successions/mandat-extrajudiciaire-et-administration-provisoire)
- Requête en nomination d'administrateur – individualisée et adaptée à chaque situation : [fondation-portray.be](http://fondation-portray.be)

### ALLOCATIONS ET AIDES POUR PERSONNES

#### EN SITUATION DE HANDICAP

[handicap.belgium.be/fr/mes-droits/index.htm](http://handicap.belgium.be/fr/mes-droits/index.htm)

### FIN DE VIE

- Recueil de documents concernant les souhaits et volontés en fin de vie :  
[www.palliabru.be/fin-de-vie-et-deuil/documents-concernant-les-souhaits-fin-vie](http://www.palliabru.be/fin-de-vie-et-deuil/documents-concernant-les-souhaits-fin-vie)
- Testaments : [notaire.be/donations-successions/les-successions](http://notaire.be/donations-successions/les-successions)
- Formalité après décès et préparation notamment brochure « Que faire lors du décès d'un proche ? » éditée avec la Fondation Roi Baudouin :  
[notaire.be/donations-successions/formalites-apres-un-deces](http://notaire.be/donations-successions/formalites-apres-un-deces)

### CARTE D'URGENCE D'AIDANT PROCHE

[aidants-proches.be/fr/carte-urgence-aidant-proche](http://aidants-proches.be/fr/carte-urgence-aidant-proche)

### INCLUSION ASBL ET SES SERVICES APRÈS-PARENTS

- Inclusion asbl : association de personnes avec une déficience intellectuelle, de leurs proches et des professionnels qui les entourent. Les objectifs de l'asbl sont la défense, la valorisation de la qualité de vie et la participation sociale de ses membres (via divers services à Bxl et Wallonie).  
[inclusion-asbl.be](http://inclusion-asbl.be)
- Madras asbl : service d'accompagnement psycho-social de l'après-parent de personnes en situation de handicap (accompagnement par les AS et le guide « Tissons ensemble un avenir de qualité »)  
[madras-asbl.be](http://madras-asbl.be)
- Fondation Portray : soutien juridique et financier de prévoyance et solidarité de l'après-aidant proche de personnes en situation de handicap. [fondation-portray.be](http://fondation-portray.be)

### VOTRE MUTUELLE (et son service social)

#### SERVICES PUBLICS

- en Wallonie : AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité)  
[www.aviq.be/handicap.html](http://www.aviq.be/handicap.html)
- à Bruxelles : Phare (Personne Handicapée Autonomie Recherchée)  
[phare.irisnet.be](http://phare.irisnet.be)

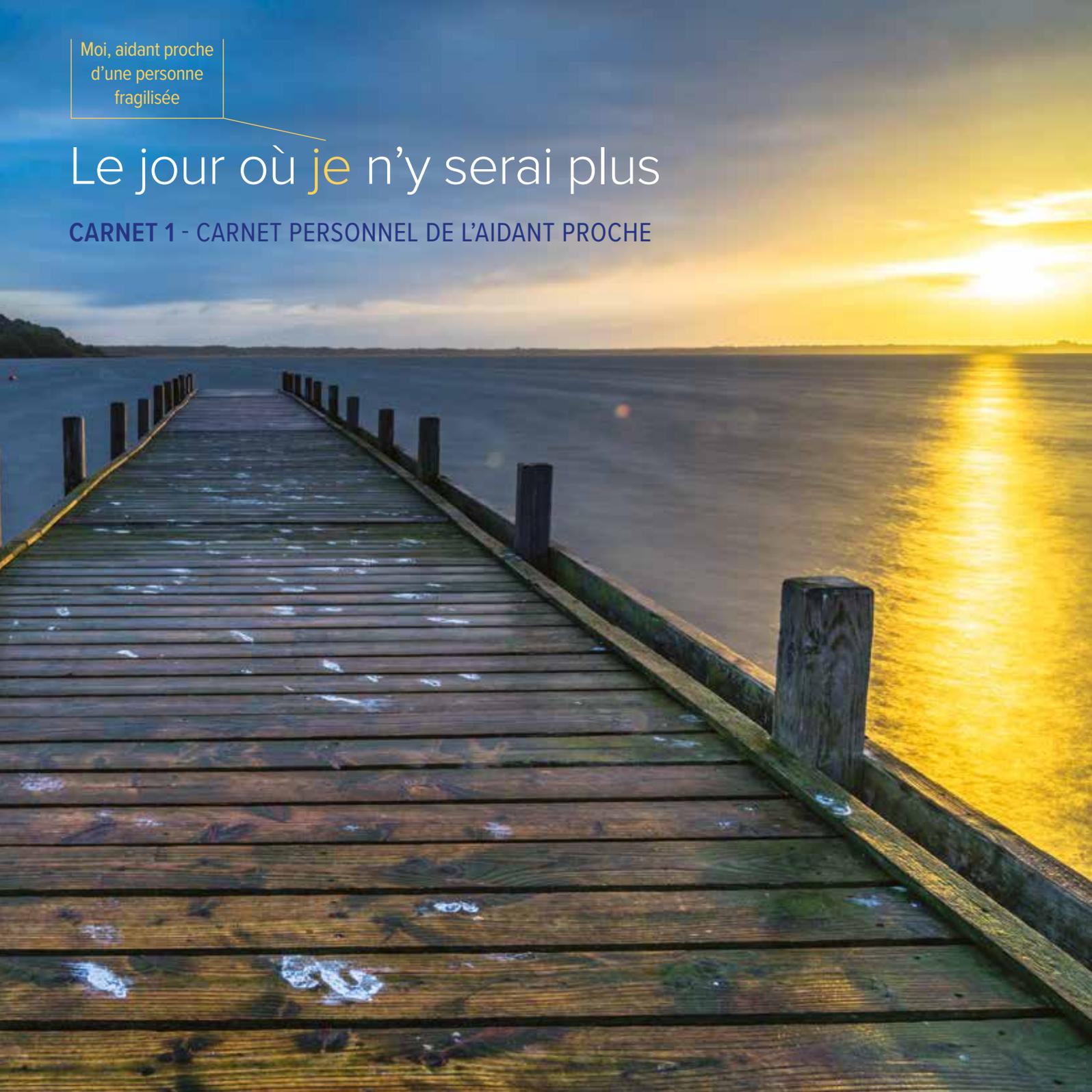
À tous ceux et celles qui par leurs questionnements, leur soutien, leur relecture et leurs compétences professionnelles ont permis la réalisation de ces carnets, Merci.

Si vous avez des suggestions d'amélioration, n'hésitez pas à nous les transmettre à [secretariat@fondation-portray.be](mailto:secretariat@fondation-portray.be)

Moi, aidant proche  
d'une personne  
fragilisée

# Le jour où je n'y serai plus

CARNET 1 - CARNET PERSONNEL DE L'AIDANT PROCHE



# Table des matières

## CARNET 1 - CARNET PERSONNEL DE L'AIDANT PROCHE

Informations concernant mon identité

À qui ce carnet est-il destiné?

**Le jour où je perds mes repères, mes facultés, informations à transmettre.**

Critères de qualité de vie :

Lieu de vie

Soins/médical

Fin de vie

Vie individuelle et personnelle en relation avec mon proche fragilisé

Capacité de gérer

Autres

**Le jour de mon décès, informations à transmettre**

Personnes à avertir de mon décès

Funérailles

Dons d'organes

Succession

**Mon patrimoine et mes finances, informations à transmettre.**

**Autres souhaits/précisions**

**Mises à jour**

Feuillet détachable concernant le patrimoine de l'aidant proche

*Contacts professionnels | Mes rentrées financières | Internet et moyens de communication |*

*Actif de mon patrimoine – mes avoirs – | Passif de mon patrimoine*

[CARNET 2 - Carnet concernant une personne en situation de handicap, de fragilité, complété avec son aidant proche]

# Ce carnet me concerne (moi, aidant proche d'une personne en situation de handicap / de fragilité)

## INFORMATIONS CONCERNANT MON IDENTITÉ

Ce « carnet personnel de l'aidant proche » est complété par moi et me concerne :

NOM, PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

DOMICILE / RUE, N° .....

CODE POSTAL ..... LOCALITÉ .....

TÉLÉPHONE .....

Ce « carnet personnel de l'aidant proche » est destiné à :

MES PROCHES .....

LES PROCHES DE ..... (PERSONNE FRAGILISÉE)

MON ADMINISTRATEUR

LA PERSONNE QUI VA M'AIDER SI JE NE SUIS PLUS CAPABLE DE LE FAIRE

.....

AUTRE : .....

État civil : Je suis

CÉLIBATAIRE

MARIÉ(E) AVEC M .....

DIVORCÉ(E) DE M .....

VEUF(VE) DE M .....

COHABITANT(E) LÉGAL(E) DE M .....

COORDONNÉES DU CONTRAT DE MARIAGE / DE COHABITATION :  AUCUN

DATE/NOM DU NOTAIRE : .....

.....

## Enfants :

Je n'ai pas d'enfant    ou     Identité de chacun des enfants :

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

## Autres proches : Mes parents, un ami proche...

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

# Le jour où je perds mes repères, mes facultés.

Peut-être, ne saurai-je plus exprimer mes choix, alors je les écris dès maintenant pour que vous puissiez en tenir compte.

## CRITÈRES DE QUALITÉ DE VIE



Les critères qui suivent (et d'autres) peuvent être indiqués dans une déclaration de préférence ou un mandat extrajudiciaire ! cfr page 10.

### LIEU DE VIE

- Je souhaite rester à mon domicile actuel le plus longtemps possible.
- Avant toute décision de déménagement en maison de repos/résidence, je souhaite que toutes les possibilités d'aides et soins à domicile soient d'abord recherchées et épuisées.
- Si je devais changer de lieu de vie (ex : en maison de repos/résidence), notamment suite à .....

je souhaite, dans la mesure du possible, déménager

– chez .....

– avec .....

– en maison de repos/résidence/autre .....

Les critères de recherche devraient être les suivants :

– situation géographique : .....

– orientation philosophique ou religieuse : .....

– taille : .....

– équipement / service : .....

– autre(s) critère(s) : .....

.....

.....

-  Je suis inscrit(e) sur une liste d'attente à .....  
.....  
qui est un endroit/une structure qui me convient. Si aucune place libre n'y était disponible, les critères de recherche devraient se rapprocher de ce que j'y ai trouvé, notamment .....  
.....

Si je devais déménager, je souhaite, dans la mesure du possible,

- emmener le(s) meuble(s) ou objet(s) suivant(s) : .....  
.....  
.....  
.....
- que les autres objets et meubles soient
- vendus
  - remis à la garde de .....
  - conservés à .....
  - autre : .....
- .....

## SOINS / DOSSIER MÉDICAL

Mon dossier médical se trouve .....

.....

Mon médecin traitant est le Docteur .....

.....

Autres médecins : .....

.....

.....

Paramédicaux : infirmier / kiné .....

.....

Je suis inscrit(e) à la mutuelle .....

.....

J'ai souscrit une assurance frais médicaux/hospitalisation auprès de .....

Souhaits relatifs à une hospitalisation : .....

 Par écrit, j'ai désigné comme personne de confiance/mandataire dans le cadre de la loi des droits des patients :  
(nom et prénom) .....

.....

Toute personne majeure en état d'exercer elle-même ses droits de patient peut désigner une personne de confiance/un mandataire dans le cadre de cette loi – à défaut, le patient sera représenté par son administrateur à la personne – après autorisation du juge de paix – ou par ses proches désignés par la loi.

La personne de confiance pourra le/la soutenir dans les démarches administratives ou médicales relatives à ses soins et s'informer sur son état de santé.

Le mandataire pourra exercer à sa place ses droits de patient et sera consultée si la personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté à ce sujet.

## FIN DE VIE

Je désire que l'on fasse tout ce qui est possible pour combattre la douleur et la souffrance.

 J'ai signé des déclarations concernant ma fin de vie chez le Docteur .....

Je souhaite lors de la fin de ma vie, demander, dans la mesure du possible, la présence des personnes suivantes :

Famille : .....

Amis : .....

Ministre du culte / conseiller laïc : .....

Autre(s) : .....

Autres souhaits concernant ma fin de vie : .....

**VIE INDIVIDUELLE ET PERSONNELLE EN RELATION AVEC** .....  
(personne fragilisée dont je suis aidant proche)

Je souhaite si possible

– le/la rencontrer .....

(ex : dans la cafeteria de son lieu de vie, pour le diner, en lui apportant un album photo de notre famille, je souhaite lui apporter une fleur et être accompagné de ...)

– pour nos contacts : .....

(ex : lui téléphoner une fois par semaine et le voir une fois par mois...)

– faire avec lui/elle : .....

J'ai un souhait/rêve pour lui/elle .....

De mon expérience, je pense qu'il faut surtout

– l'aider à .....

– le/la protéger de .....

– le/la soutenir dans .....

Autre souhait ou information : .....

## CAPACITÉ DE GÉRER – PROTECTION JURIDIQUE

- Je suis juridiquement capable.** Si je ne devais plus avoir la capacité de gérer mes biens/ma personne, je souhaite que ce soit la personne désignée ci-après qui le fasse pour moi (nom et prénom) : .....



Pour le préciser officiellement, j'ai déposé

chez le juge de paix de (lieu) .....

chez le Notaire .....

une déclaration de préférence (dans laquelle j'ai indiqué mon choix de mon futur administrateur / ma personne de confiance qui agira dans le cadre de la protection judiciaire des biens et/ou de la personne des personnes vulnérables. Cette personne interviendra sous le contrôle du juge). Cette déclaration peut contenir des principes que l'administrateur devra respecter dans l'exercice de sa mission.



J'ai signé une procuration extrajudiciaire (organisant la gestion de mes biens – sans le contrôle du juge – si je ne savais plus le faire moi-même) chez le notaire .....

- J'ai actuellement un statut de protection juridique :**

administration des biens/de la personne

ancien statut de minorité prolongée

ancien statut d'administration provisoire des biens

Mon administrateur est : .....

Adresse : .....

Téléphone –mail : .....

AUTRES

Autres souhaits/précisions : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Autres documents : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Le jour de mon décès, informations à transmettre

Voici mes souhaits :

## PERSONNES À AVERTIR DE MON DÉCÈS

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

## FUNÉRAILLES

-  J'ai déposé une déclaration au sujet de mes funérailles à l'état civil de ma commune, elle sera automatiquement diffusée à mon décès. Cette déclaration mentionne mes souhaits quant au mode de sépulture / destination des cendres et cérémonie de funérailles.

### Souhaits concernant mes funérailles :

Je souhaite

- que mes funérailles soient organisées par la société de funérailles .....
- que soit publié un avis nécrologique dans le journal / sur le site : .....
- .....
- un service religieux (de culte ..... ) / laïque/neutre
- souhaits (de lieu, de texte, chant...) pour la cérémonie : .....
- .....
- .....
- être incinéré et que mes cendres soient dispersées à .....
- être enterré dans le cimetière de .....
- j'ai un caveau au cimetière de .....
- autres : .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Contrat de funérailles :

Je n'ai pas conclu de contrat

ou

-  J'ai conclu un contrat de funérailles (contrat d'obsèques) avec la société .....  
Tel .....  
n° du contrat .....

### Assurance frais funéraires :

Je n'ai pas conclu d'assurance

ou

- J'ai conclu une assurance frais funéraires auprès de .....

### DONS D'ORGANES

Je n'ai pas fait de déclaration particulière au sujet du don d'organes (mon accord sur un futur don d'organe est alors présumé)

-  J'ai fait une déclaration au sujet du don d'organes à l'état civil de .....

### Don du corps :

Je n'ai pas fait de déclaration particulière au sujet du don de mon corps à la science

Je ne souhaite pas ...

-  Par déclaration faite à l'état civil de ..... ,  
j'ai fait don de mon corps à la science (hôpital ..... )

CONCERNANT MA SUCCESSION :

-  J'ai déposé des informations concernant ma succession (ex : testament)

chez le notaire .....

chez .....

.....

# Mon patrimoine et mes finances

## INFORMATIONS À TRANSMETTRE

Ces renseignements seront utiles

- en cas de décès
- ou en cas de perte de capacité de ma part

et seront transmises à l'administrateur ou la personne qui prendra le relais.



Ces informations seront utilement déposées chez une personne de confiance ou en un lieu sécurisé.

Ces informations (éventuellement avec d'autres) ont été réunies et déposées dans un document qui se trouve

chez .....

à .....

[LE FEUILLET DÉTACHABLE PEUT ÊTRE DÉPOSÉ À CET ENDROIT]

# Autres

## AUTRES SOUHAITS/PRÉCISIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## AUTRES DOCUMENTS



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Mises à jour

J'ai complété cette brochure le ..... / ..... / 20 .....

Il est important de la mettre à jour ! Je l'ai actualisée le ..... / ..... / 20 .....

le ..... / ..... / 20 .....

le ..... / ..... / 20 .....

Annexes .....

Cette brochure a été élaborée par la Fondation Portray.

[TÉLÉCHARGEABLE GRATUITEMENT SUR LE SITE [WWW.FONDATION-PORTRAY.BE](http://WWW.FONDATION-PORTRAY.BE)]

La Fondation Portray, Fondation d'Utilité Publique, vous aide et vous soutient :

- Conseils et informations juridiques et financières sur l'après-aidant proche de personnes en situation de handicap (protection judiciaire – successions – anticipation de l'après-parents...)
- Gestion de Fonds Nominatifs (sommes déposées au profit d'une personne en situation de handicap pour susciter des éléments de qualité de vie et les financer pendant toute sa vie)
- Soutien de Projets porteurs pour les personnes en situation de handicap (fonds Etincelles – création de lieux de vie ...)

**PRÉPARER L'AVENIR D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

**EN TENANT COMPTE DE SES BESOINS, DE SES ENVIES, DE SES MOYENS ET DE SES HANDICAPS.**



# Fondation Portray

FONDATION D'UTILITÉ PUBLIQUE

LA FONDATION PORTRAY EST UNE  
INITIATIVE DE INCLUSION ASBL.

02/534.00.38 | [secretariat@fondation-portray.be](mailto:secretariat@fondation-portray.be)  
SIÈGE SOCIAL : Rue Buisson Saint Guibert, 1/1 5030 Gembloux  
SIÈGE ADMINISTRATIF : Avenue Albert Giraud, 24 1030 Bruxelles  
[www.fondation-portray.be](http://www.fondation-portray.be)  
RPM 0.877.691.335

**PRÉVOYANCE | SOLIDARITÉ | HANDICAP**

Soutenez la Fondation Portray par un versement au compte  
IBAN : BE60 0682 4119 4870 BIC : GKCCBEBB en précisant  
dans la communication « Don » - attestation fiscale délivrée  
pour tout don de plus de 40 €.

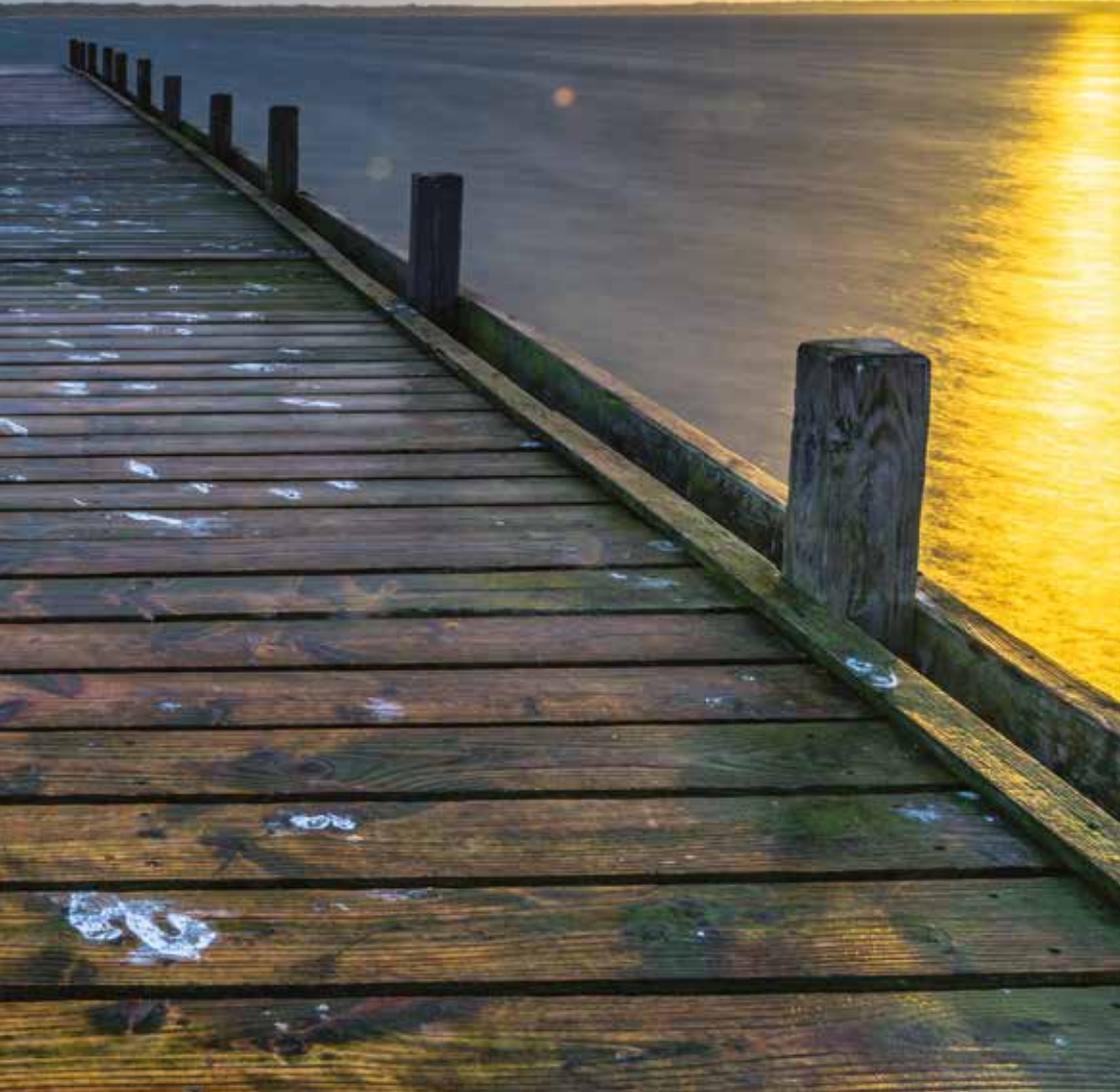
Grâce au soutien de la Wallonie (AVIQ)  
et de la COCOF (Service Phare)



Moi, aidant proche  
d'une personne  
fragilisée

# Le jour où je n'y serai plus

FEUILLET DÉTACHABLE  
CONCERNANT LE PATRIMOINE  
DE L'AIDANT PROCHE





# Ce document concerne le patrimoine de [AIDANT PROCHE]

NOM, PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

DOMICILE / RUE, N° .....

CODE POSTAL ..... LOCALITÉ .....

TÉLÉPHONE .....

Complété le .....

Mis à jour le .....

.....

## CONTACTS PROFESSIONNELS RELATIFS À MON PATRIMOINE

AVOCAT : .....

.....

NOTAIRE : .....

.....

BANQUIER : .....

.....

COURTIER : .....

.....

CONSEILLER AU NIVEAU .....

.....

AUTRE(S) : .....

.....



## MES RENTRÉES FINANCIÈRES ACTUELLES

(+ RÉFÉRENCE/N° INSCRIPTION)

- SALAIRE : .....
- PENSION : .....
- ALLOCATION : .....
- RENTE D'ASSURANCE : .....
- RENTE VIAGÈRE : .....
- REVENUS LOCATIFS : .....
- REVENUS MOBILIERS : .....
- .....

## INTERNET ET MOYENS DE COMMUNICATION – MOTS DE PASSE

- ADRESSE MAIL .....  
et mot de passe : .....
- 2<sup>e</sup> ADRESSE MAIL .....  
et mot de passe : .....
- ADRESSE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX :  
et mot de passe : .....

### Ma vie sur le net :

- FACEBOOK : ADRESSE .....  
Et mot de passe .....
- LINKEDIN .....  
Et mot de passe .....
- CLOUD .....  
Et mot de passe .....
- DROPBOX, ONE DRIVE .....  
Et mot de passe .....
  
- MOTS DE PASSE DE MON ORDINATEUR : .....
  
- GSM / SMARTPHONE : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....  
Code PIN : .....
  
- AUTRES MOTS DE PASSE : .....  
.....  
.....

## ACTIF DE MON PATRIMOINE – MES AVOIRS :

### 1. LE LIEU OÙ J'HABITE

Je suis

propriétaire du lieu que j'habite.

(éventuellement identité des co-propriétaires : .....  
.....)

usufruitier du lieu que j'habite.

Identité des nus-propriétaires (ex : mes enfants) : .....  
.....  
.....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....  
.....

locataire du lieu que j'habite.

Identité du propriétaire (notamment s'il s'agit d'une maison de repos) :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

J'ai déposé une garantie locative :

non

oui, chez .....

Date du bail : .....

## 2. JE SUIS PROPRIÉTAIRE DES (AUTRES) IMMEUBLES SUIVANTS :

Adresse : .....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....

.....

.....

Loué à\* : .....

.....

Adresse : .....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....

.....

.....

Loué à\* : .....

.....

*\* Si certains immeubles sont loués : indiquer les coordonnées des locataires : nom + tél + bail*

## 3. JE SUIS PROPRIÉTAIRE DU MOBILIER DE MON LOGEMENT (spécificités...)

.....

.....

.....

.....

Et du mobilier situé .....

.....

#### 4. EN BANQUE (OU ORGANISMES FINANCIERS)

à la banque .....

comptes BE .....

coffre n° ..... situé dans l'agence .....

compte-titres : .....

à la banque .....

comptes BE .....

à la banque .....

comptes BE .....

#### 5. J'AI UNE VOITURE / UN VÉHICULE

MARQUE + PLAQUE D'IMMATRICULATION : .....

.....

## 6. ASSURANCES

J'ai souscrit les assurances suivantes :

- ASSURANCE-VIE auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE-PENSION auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE-GROUPE auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE RC (responsabilité civile) auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE INCENDIE / VOL auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- autres : .....  
.....

## 7. J'AI PRÊTÉ À

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

une somme de .....

CONTRAT DE PRÊT du ..... / ..... / ..... se trouve .....

À ce jour, le ..... / ..... / ..... une somme de ..... est remboursée

## 8. AVOIRS À L'ÉTRANGER

.....  
.....  
.....  
.....

## 9. AUTRES

.....  
.....  
.....  
.....

## PASSIF DE MON PATRIMOINE :

### J'ai les dettes suivantes :

- Crédit en cours .....  
.....  
.....
  
- Dette fiscale (IPP, TVA, sécurité sociale...) .....  
.....  
.....
  
- Je paie chaque  mois /  année  
une pension alimentaire de ..... euros  
à .....  
.....  
.....

### Mes fournisseurs habituels actuels (+ n° client)

- Eau : Hydrobru - IBWE : .....
- Gaz : .....
- Électricité : .....
- Téléphone – TV – internet : .....
- Mazout : .....
- Autres : .....

Autres dettes :

.....  
.....

Procédures judiciaires en cours ...

.....  
.....  
.....  
.....

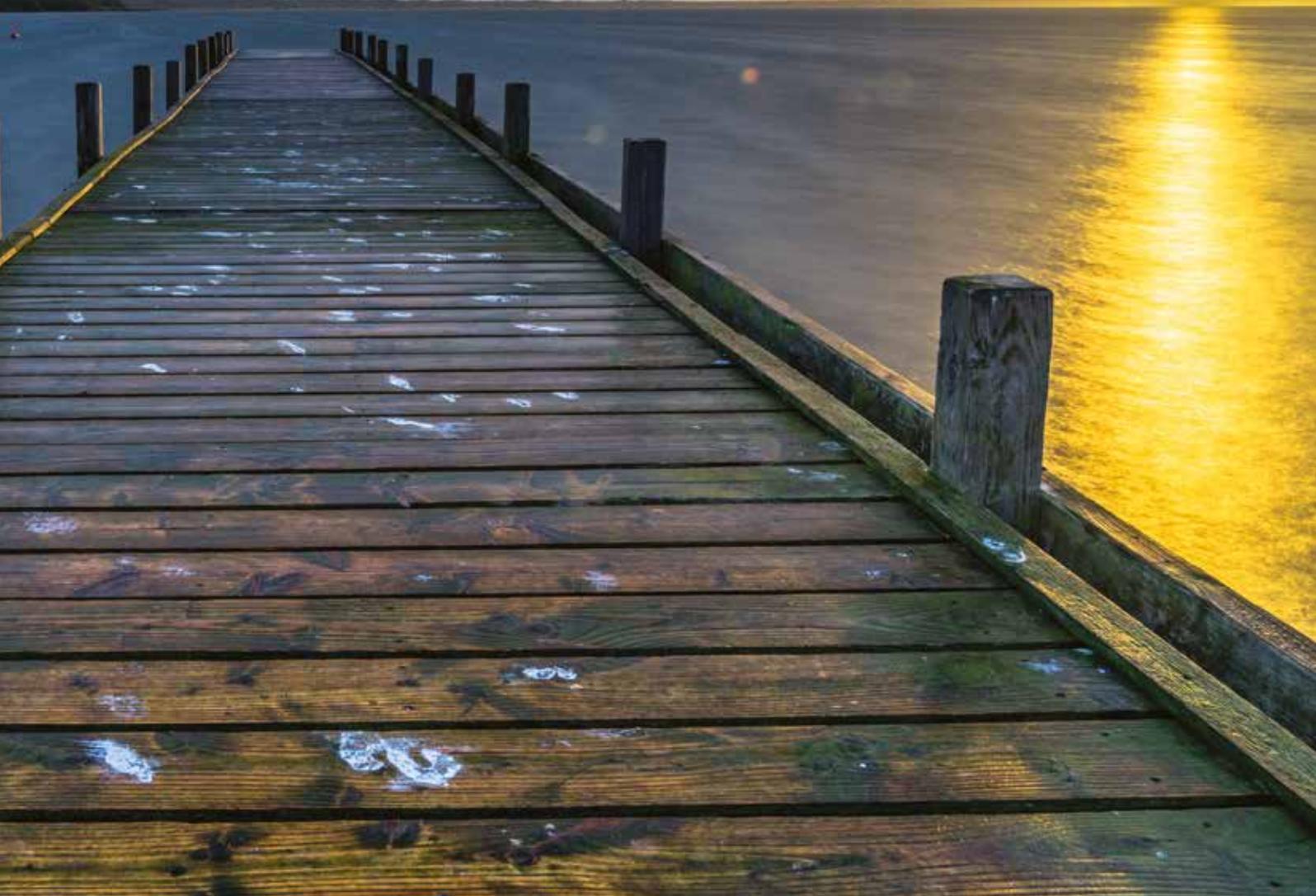




Moi, aidant proche  
d'une personne  
fragilisée

# Le jour où je n'y serai plus

CARNET 2 - CARNET CONCERNANT UNE PERSONNE  
EN SITUATION DE HANDICAP / DE FRAGILITÉ  
COMPLÉTÉ AVEC SON AIDANT PROCHE



# Table des matières

[CARNET 1 - carnet personnel de l'aidant proche]

## CARNET 2 - CARNET CONCERNANT UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP, DE FRAGILITÉ, COMPLÉTÉ AVEC SON AIDANT PROCHE.

Informations concernant son identité

À qui ce carnet est-il destiné?

Informations concernant l'aidant proche

Remarque préalable

### **Renseignements et souhaits concernant la personne fragilisée, informations à transmettre**

Informations générales

Associations/services avec lequel il/elle est en contact

Critères de qualité de vie :

Lieu de vie

Soins/médical

Fin de vie

Vie individuelle et personnelle

Capacité de gérer / protection juridique

Aides et soutiens actuels (dont ceux apportés par moi, son aidant proche)

### **Le jour de son décès, informations à transmettre**

Personnes à avertir de son décès

Funérailles

Dons d'organes

Succession

### **Son patrimoine et ses finances, informations à transmettre**

#### **Autres souhaits/précisions**

#### **Mises à jour**

Feuillet détachable concernant le patrimoine de la personne fragilisée

*Contacts professionnels | Rentrées financières | Internet et moyens de communication*

*Actif de son patrimoine – ses avoirs – | Passif de son patrimoine*

# Ce carnet concerne une personne en situation de handicap / de fragilité

## INFORMATIONS CONCERNANT SON IDENTITÉ

### Ce carnet concerne :

NOM, PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

DOMICILE / RUE, N° .....

CODE POSTAL ..... LOCALITÉ .....

TÉLÉPHONE .....

### Ce carnet est destiné à :

SES PROCHES .....

SON ADMINISTRATEUR  
LA PERSONNE QUI VA L'AJDER SI IL/ELLE N'EST PLUS CAPABLE DE LE FAIRE  
.....

AUTRE : .....

### État civil : Il/elle est

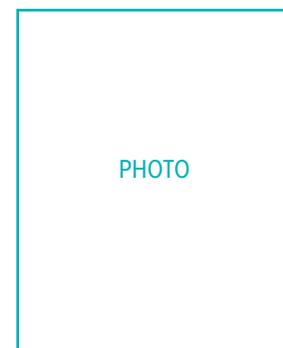
CÉLIBATAIRE

MARIÉ(E) AVEC M .....

DIVORCÉ(E) DE M .....

VEUF(VE) DE M .....

COHABITANT(E) LÉGAL(E) DE M .....



COORDONNÉES DU CONTRAT DE MARIAGE / DE COHABITATION :  AUCUN

DATE/NOM DU NOTAIRE : .....

.....

## INFORMATIONS CONCERNANT L'AIDANT PROCHE ayant complété ce carnet ayant aidé à compléter ce carnet

Ce carnet a été complété  par  avec

NOM – PRÉNOM (aidant proche) : .....

LIEN : .....

- Il s'agit d'informations et de souhaits personnels de ma part, aidant proche, qui ai complété ce document.
- Et j'ai informé la personne fragilisée du contenu de ce carnet.
- Il s'agit d'informations/souhaits que nous avons complétés ensemble.

Lui/elle (personne fragilisée) ou d'autres personnes de son entourage (notamment ..... )  
pourront transmettre d'autres souhaits et informations, qui pourront parfois être pris en compte prioritairement à ceux repris ci-après.

### REMARQUE PRÉALABLE

Compléter un document concernant la vie d'une autre personne, fragilisée au surplus, touche notre éthique, notre sens des valeurs de façon très aigüe.

*De quel droit, vais-je indiquer des éléments le concernant si je ne suis pas sûr(e) que c'est sa volonté ?*

*Et si je ne les indique pas, qui les connaîtra s'il ne sait pas les exprimer ?*

*Sa vie sera-t-elle meilleure si ceux qui prennent le relais après moi auront connaissance de mon expérience ?*

Ces interrogations vont vous guider tout au long de ce carnet.

Compléter ce carnet, c'est aussi mettre votre confiance dans la personne fragilisée et ses ressources, mettre votre confiance dans ceux qui prendront le relais après vous.

Parler du jour où vous ne serez plus son aidant proche, avec lui, avec votre entourage et avec son entourage, c'est déjà le préparer, c'est aussi donner à ce jour-là de meilleures chances d'être un avenir de qualité.

# Informations et souhaits concernant la personne fragilisée :

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Proches/personnes en qui il/elle a confiance : .....

Sa force/compétence principale : .....

Sa fragilité/handicap/maladie : .....

Conseils pour entrer plus facilement en contact avec lui/elle : .....



## LES ASSOCIATIONS/SERVICES AVEC LESQUELS IL/ELLE EST EN CONTACT

- Service d'accompagnement
  - Madras (service psycho-social après-parents créé par Inclusion asbl) : .....  
qui pourra vous aider dans votre réflexion psycho-sociale de l'après-parents de votre proche en situation de handicap.
  - autre service d'accompagnement : .....
- Service d'activités de jour : .....
- Service résidentiel .....
- Activités de sports – de loisirs : .....
- .....
- Service de coordination : .....
- Service d'aide à domicile : .....
- Service de soins : .....
- Service : .....
- Autre contacts/contrats souscrits concernant son avenir : .....
- .....
  
- La Fondation Portray. J'y ai ouvert un Fonds Nominatif pour lui/elle.  
LES SOMMES PRÉSENTES SUR CE FONDS SONT DESTINÉES À ASSURER SA QUALITÉ DE VIE.
  
- Administrations/services publics :
  - Références de son dossier administratif Phare (Bruxelles) / Aviq (Wallonie) : .....
  - Autres .....

## CRITÈRES DE QUALITÉ DE VIE

Peut-être, ne saura-t-il pas bien exprimer ses choix, alors ils sont écrits dans ce carnet pour que vous puissiez en tenir compte.



Les critères qui suivent (et d'autres) peuvent être indiqués dans une déclaration de préférence ou un mandat extrajudiciaire que chaque personne sans régime de protection judiciaire peut signer ! cfr page 13.

### LIEU DE VIE

- Il/elle souhaite rester à son domicile actuel le plus longtemps possible.
- Avant toute décision de déménagement, il/elle souhaite que toutes les possibilités d'aides et soins à domicile soient d'abord recherchées et épuisées.
- Si il/elle devait changer de lieu de vie, notamment suite à .....

il/elle souhaite, dans la mesure du possible, déménager

– chez .....

– avec .....

– en maison de repos/résidence/autre .....

Les critères de recherche devraient être les suivants :

– situation géographique : .....

– orientation philosophique ou religieuse : .....

– taille : .....

– équipement / service : .....

– autre(s) critère(s) : .....

.....

.....

-  Il/elle est inscrit(e) sur une liste d'attente à .....

.....  
qui est un endroit/une structure qui lui convient. Si aucune place libre n'y était disponible, les critères de recherche devraient se rapprocher de ce que cet endroit propose, notamment .....

.....

S'il/elle devait déménager, il/elle souhaite, dans la mesure du possible,

- emmener le(s) meuble(s) ou objet(s) suivant(s) : .....

.....

.....

.....

.....

- que les autres objets et meubles soient

vendus

remis à la garde de .....

conservés à .....

autre : .....

- .....

.....

## SOINS / DOSSIER MÉDICAL

Son dossier médical se trouve .....

.....

Son médecin traitant est le Docteur .....

.....

Autres médecins : .....

.....

.....

Paramédicaux : infirmier / kiné .....

.....

Il/elle est inscrit(e) à la mutuelle .....

.....

Il/elle a souscrit une assurance frais médicaux/hospitalisation auprès de .....

Souhaits relatifs à une hospitalisation : .....

 Par écrit, il/elle a désigné comme personne de confiance/mandataire dans le cadre de la loi des droits des patients :  
(nom et prénom) .....

.....

Toute personne majeure en état d'exercer elle-même ses droits de patient peut désigner une personne de confiance/un mandataire dans le cadre de cette loi – à défaut, le patient sera représenté par son administrateur à la personne – après autorisation du juge de paix – ou par ses proches désignés par la loi.

La personne de confiance pourra le/la soutenir dans les démarches administratives ou médicales relatives à ses soins et s'informer sur son état de santé.

Le mandataire pourra exercer à sa place ses droits de patient et sera consultée si la personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté à ce sujet.

## FIN DE VIE

Il/elle désire que l'on fasse tout ce qui est possible pour combattre la douleur et la souffrance.

 Il/elle a signé des déclarations concernant sa fin de vie chez le Docteur .....

Il/elle souhaite lors de la fin de sa vie, demander, dans la mesure du possible, la présence des personnes suivantes :

Famille : .....

Amis : .....

Ministre du culte / conseiller laïc : .....

Autre(s) : .....

Autres souhaits concernant sa fin de vie : .....

## VIE INDIVIDUELLE ET PERSONNELLE

- Ses petits/grands plaisirs de la vie sont : .....

.....

Merci de veiller à ce qu'ils puissent perdurer

- Sa passion c'est .....

- Sa collection .....

- Ses proches avec lesquels il/elle aime avoir/conserver des liens sont .....

.....

- Ses convictions philosophiques/religieuses sont .....

- Il/elle aime recevoir .....

(type de cadeaux, type d'attention...)

- Il/elle a un animal de compagnie (nom et race) .....

S'il/si elle ne pouvait plus s'en occuper, il/elle souhaite qu'il soit confié à .....

- Ses activités principales sont .....  
Il/elle aime faire .....  
Il/elle aime voir .....  
Il/elle aime aller .....  
Il/elle aime écouter .....  
Il/elle aime manger .....  
Il/elle aime rencontrer .....  
Il/elle aime des vacances à .....  
Il/elle aime .....

• Il/elle souhaite .....

• Il/elle ne veut pas .....

• Il/elle n'aime pas .....

Autre souhait ou information : .....

.....

.....

## CAPACITÉ DE GÉRER – PROTECTION JURIDIQUE

- Il/elle est juridiquement capable.** S'il/elle ne devait plus avoir la capacité de gérer ses biens/sa personne, il/elle souhaite que ce soit la personne désignée ci-après qui le fasse pour lui (nom et prénom) : .....

.....

-  Pour le préciser officiellement, il/elle a déposé
- chez le juge de paix de (lieu) .....
  - chez le Notaire .....

une déclaration de préférence (dans laquelle il/elle a indiqué son choix de son futur administrateur / sa personne de confiance qui agira dans le cadre de la protection judiciaire des biens et/ou de la personne des personnes vulnérables. Cette personne interviendra sous le contrôle du juge). Cette déclaration peut contenir des principes que l'administrateur devra respecter dans l'exercice de sa mission.

-  Il/elle a fait une procuration extrajudiciaire (organisant la gestion de ses biens – sans le contrôle du juge – si il/elle ne savait plus le faire lui/elle-même) chez le notaire .....

.....

- Il/elle a un statut de protection juridique :**

- administration des biens/de la personne
- ancien statut de minorité prolongée
- ancien statut d'administration provisoire des biens

Son administrateur est : .....

Adresse : .....

Téléphone –mail : .....

-  Moi, son aidant proche ayant complété le carnet – je suis son administrateur/sa personne de confiance. Si je ne devais plus avoir la capacité de remplir ce rôle, j'ai déposé
  - chez le juge de paix de (lieu) .....
  - chez le Notaire .....

une déclaration de préférence pour indiquer le nom de mon remplaçant, futur administrateur/future personne de confiance.  
(éventuellement reprendre son nom et son prénom) .....

## AUTRES

Autres souhaits/précisions : .....

 Autres documents : .....

## SES AIDES ET SOUTIENS ACTUELS (dont ceux apportés par moi, son aidant proche)

Indiquez ici les domaines pour lesquels il/elle a besoin de certains soutiens/aides et la personne/le service qui procure cette aide, ce soutien.

AIDES ET SOUTIENS APPORTÉS	PAR (indiquer les personnes ou services)	PAR MOI	ET APRÈS MOI, CE POURRAIT ÊTRE PAR :
<b>LIEU DE VIE</b> Alimentation (courses – repas...) Entretien du logement Hygiène personnelle Habillement	Ex : repas à domicile par service XX	Ex : préparation du repas du mardi midi	Ex : service XX – Mr Y
<b>ACTIVITÉS</b> En journée/semaine Week-end Vacances Sport – Culture		Ex : vacances à la mer 1x/an, en été	Ex : assoc XX
<b>SOINS</b> – médical – soutien psychologique		Ex : accompagnement chez le dentiste	Ex : par
<b>DÉPLACEMENTS</b>	Ex : trajet entre lieu de vie et centre de jour par le service YY	Ex : match de foot 1 x /mois	Ex : par le service ...
<b>ADMINISTRATIF ET FINANCIER</b>	Ex : Aide pour paiements par administrateur	Ex : tri dans papiers	Ex : son ami X
...			
...			

# Le jour de son décès, informations à transmettre

## PERSONNES À AVERTIR DE SON DÉCÈS

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

## FUNÉRAILLES

-  Il/elle a déposé une déclaration au sujet de ses funérailles à l'état civil de sa commune, elle sera automatiquement diffusée à son décès. Cette déclaration mentionne ses souhaits quant au mode de sépulture / destination des cendres et cérémonie de funérailles.

### Souhaits concernant ses funérailles :

Il/elle souhaite

- que ses funérailles soient organisées par la société de funérailles .....
- que soit publié un avis nécrologique dans le journal / sur le site : .....
- .....
- un service religieux (de culte ..... ) / laïque/neutre
- souhaits (de lieu, de texte, chant...) pour la cérémonie : .....
- .....
- .....
- être incinéré et que ses cendres soient dispersées à .....
- être enterré dans le cimetière de .....
- il/elle a un caveau au cimetière de .....
- autres : .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Contrat de funérailles :

Il/elle n'a pas conclu de contrat

ou

 Il/elle a conclu un contrat de funérailles (contrat d'obsèques) avec la société .....  
Tel .....  
n° du contrat .....

### Assurance frais funéraires :

Il/elle n'a pas d'assurance

ou

Il/elle a une assurance frais funéraires auprès de .....  
.....

### DONS D'ORGANES

Il/elle n'a pas fait de déclaration particulière au sujet du don d'organes (l'accord sur un futur don d'organe est alors présumé)

 Il/elle a fait une déclaration au sujet du don d'organes à l'état civil de .....

### Don du corps :

Il/elle n'a pas fait de déclaration particulière au sujet du don de son corps à la science

 Par déclaration faite à l'état civil de ..... ,  
Il/elle a fait don de son corps à la science (hôpital ..... )

**CONCERNANT SA SUCCESSION :**

-  Il/elle a déposé des informations concernant sa succession (ex : testament)

chez le notaire .....

chez .....

.....

# Son patrimoine

## INFORMATIONS À TRANSMETTRE

Ces renseignements seront utiles

- en cas de décès
- ou en cas de perte de capacité de sa part

et seront transmises à l'administrateur ou la personne qui prendra le relais.



Ces informations seront utilement déposées chez une personne de confiance ou en un lieu sécurisé.

Ces informations (éventuellement avec d'autres) ont été réunies et déposées dans un document qui se trouve chez

chez .....

à .....

[LE FEUILLET DÉTACHABLE PEUT ÊTRE DÉPOSÉ À CET ENDROIT]

# Autres

## AUTRES SOUHAITS/PRÉCISIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

## AUTRES DOCUMENTS



---

---

---

---

---

---

---

---



# Mises à jour

## Ce document concerne :

NOM, PRÉNOM .....

Il a été complété avec son aidant proche M .....

en collaboration avec la personne concernée le ..... / ..... / 20 .....

Il est important de la mettre à jour ! Il a été actualisé le ..... / ..... / 20 .....

le ..... / ..... / 20 .....

le ..... / ..... / 20 .....

Annexes .....

Cette brochure a été élaborée par la Fondation Portray.

[TÉLÉCHARGEABLE GRATUITEMENT SUR LE SITE [WWW.FONDATION-PORTRAY.BE](http://WWW.FONDATION-PORTRAY.BE)]

La Fondation Portray, Fondation d'Utilité Publique, vous aide et vous soutient :

- Conseils et informations juridiques et financières sur l'après-aidant proche de personnes en situation de handicap (protection judiciaire – successions – anticipation de l'après-parents...)
- Gestion de Fonds Nominatifs (sommes déposées au profit d'une personne en situation de handicap pour susciter des éléments de qualité de vie et les financer pendant toute sa vie)
- Soutien de Projets porteurs pour les personnes en situation de handicap (fonds Etincelles – création de lieux de vie ...)

**PRÉPARER L'AVENIR D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

**EN TENANT COMPTE DE SES BESOINS, DE SES ENVIES, DE SES MOYENS ET DE SES HANDICAPS.**



# Fondation Portray

FONDATION D'UTILITÉ PUBLIQUE

LA FONDATION PORTRAY EST UNE  
INITIATIVE DE INCLUSION ASBL.

02/534.00.38 | [secretariat@fondation-portray.be](mailto:secretariat@fondation-portray.be)  
SIÈGE SOCIAL : Rue Buisson Saint Guibert, 1/1 5030 Gembloux  
SIÈGE ADMINISTRATIF : Avenue Albert Giraud, 24 1030 Bruxelles  
[www.fondation-portray.be](http://www.fondation-portray.be)  
RPM 0.877.691.335

PRÉVOYANCE | SOLIDARITÉ | HANDICAP

Soutenez la Fondation Portray par un versement au compte  
IBAN : BE60 0682 4119 4870 BIC : GKCCBEBB en précisant  
dans la communication « Don » - attestation fiscale délivrée  
pour tout don de plus de 40 €.

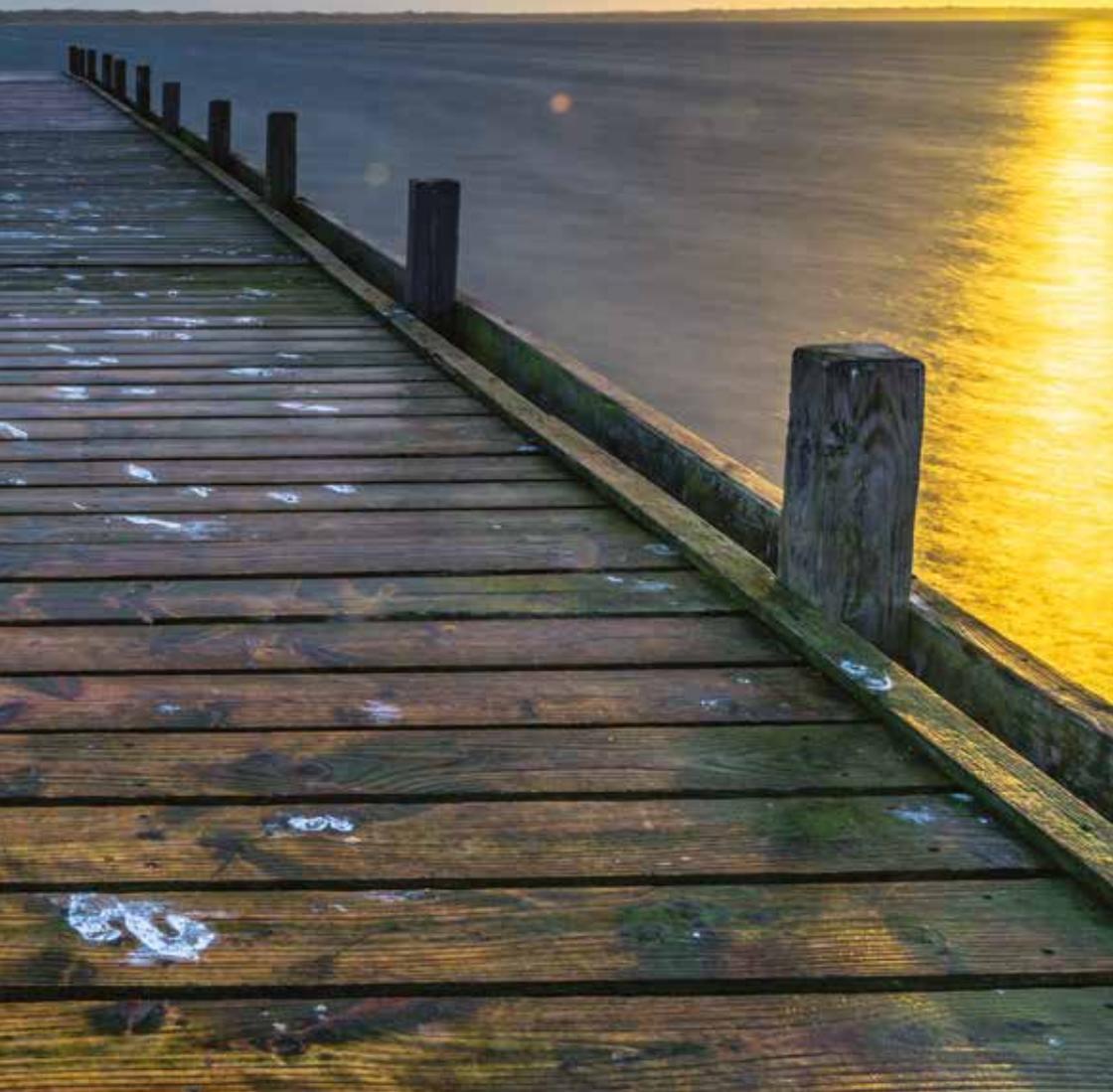
Grâce au soutien de la Wallonie (AVIQ)  
et de la COCOF (Service Phare)



Moi, aidant proche  
d'une personne  
fragilisée

# Le jour où je n'y serai plus

FEUILLET DÉTACHABLE  
CONCERNANT LE PATRIMOINE  
DE LA PERSONNE FRAGILISÉE





# Ce document concerne le patrimoine de [PERSONNE FRAGILISÉE]

NOM, PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

DOMICILE / RUE, N° .....

CODE POSTAL ..... LOCALITÉ .....

TÉLÉPHONE .....

Complété par / avec son aidant proche M .....

Le ..... / ..... / .....

Mis à jour le .....

.....

## CONTACTS PROFESSIONNELS RELATIFS À SON PATRIMOINE

AVOCAT : .....

.....

NOTAIRE : .....

.....

BANQUIER : .....

.....

COURTIER : .....

.....

CONSEILLER AU NIVEAU .....

.....

AUTRE(S) : .....

.....



## SES RENTRÉES FINANCIÈRES ACTUELLES

(+ RÉFÉRENCE/N° INSCRIPTION)

- SALAIRE : .....
- PENSION : .....
- ALLOCATION : .....
- RENTE D'ASSURANCE : .....
- RENTE VIAGÈRE : .....
- REVENUS LOCATIFS : .....
- REVENUS MOBILIERS : .....
- .....

## INTERNET ET MOYENS DE COMMUNICATION – MOTS DE PASSE

- ADRESSE MAIL .....  
et mot de passe : .....
- 2<sup>e</sup> ADRESSE MAIL .....  
et mot de passe : .....
- ADRESSE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX : .....  
et mot de passe : .....

### Sa vie sur le net :

- FACEBOOK : ADRESSE .....  
Et mot de passe .....
- LINKEDIN .....  
Et mot de passe .....
- CLOUD .....  
Et mot de passe .....
- DROPBOX, ONE DRIVE .....  
Et mot de passe .....
  
- MOTS DE PASSE DE SON ORDINATEUR : .....
  
- GSM / SMARTPHONE : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....  
Code PIN : .....
  
- AUTRES MOTS DE PASSE : .....  
.....  
.....

## ACTIF DE SON PATRIMOINE – SES AVOIRS :

### 1. LE LIEU OÙ IL/ELLE HABITE

Il/elle est

propriétaire du lieu qu'il/elle habite.

(éventuellement identité des co-propriétaires : .....  
..... )

usufruitier du lieu qu'il/elle habite.

Identité des nus-propriétaires (ex : enfants) : .....  
.....  
.....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....  
.....

locataire du lieu qu'il/elle habite.

Identité du propriétaire (notamment s'il s'agit d'une maison de repos) :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

Il/elle a déposé une garantie locative :

non

oui, chez .....

Date du bail : .....

## 2. IL/ELLE EST PROPRIÉTAIRE DES (AUTRES) IMMEUBLES SUIVANTS :

Adresse : .....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....

.....

.....

Loué à\* : .....

.....

Adresse : .....

Références du titre de propriété (achat/succession-notaire-date) : .....

.....

.....

Loué à\* : .....

.....

*\* Si certains immeubles sont loués : indiquer les coordonnées des locataires : nom + tél + bail*

## 3. IL/ELLE EST PROPRIÉTAIRE DU MOBILIER DE SON LOGEMENT (spécificités...)

.....

.....

.....

.....

Et du mobilier situé .....

.....

#### 4. EN BANQUE (OU ORGANISMES FINANCIERS)

à la banque .....  
comptes BE .....  
coffre n° ..... situé dans l'agence .....  
compte-titres : .....

à la banque .....  
comptes BE .....

à la banque .....  
comptes BE .....

#### 5. IL/ELLE A UNE VOITURE / UN VÉHICULE

MARQUE + PLAQUE D'IMMATRICULATION : .....  
.....

## 6. ASSURANCES

Il/elle a souscrit les assurances suivantes :

- ASSURANCE-VIE auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE-PENSION auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE-GROUPE auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE RC (responsabilité civile) auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- ASSURANCE INCENDIE / VOL auprès de la société .....  
sous le numéro .....
- autres : .....  
.....

## 7. IL/ELLE A PRÊTÉ À

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone-mail : .....

une somme de .....

CONTRAT DE PRÊT du ..... / ..... / ..... se trouve .....

À ce jour, le ..... / ..... / ..... une somme de ..... est remboursée

## 8. AVOIRS À L'ÉTRANGER

.....  
.....  
.....  
.....

## 9. AUTRES

.....  
.....  
.....  
.....

## PASSIF DE SON PATRIMOINE :

### Il a les dettes suivantes :

- Crédit en cours .....  
.....  
.....
  
- Dette fiscale (IPP, TVA, sécurité sociale...) .....  
.....  
.....
  
- Il/elle paie chaque  mois /  année  
une pension alimentaire de ..... euros  
à .....  
.....  
.....

### Ses fournisseurs habituels actuels (+ n° client)

- Eau : Hydrobru - IBWE : .....
- Gaz : .....
- Électricité : .....
- Téléphone – TV – internet : .....
- Mazout : .....
- Autres : .....

Autres dettes :

.....  
.....

Procédures judiciaires en cours ...

.....  
.....  
.....  
.....





# Fondation Portray

FONDATION D'UTILITÉ PUBLIQUE

LA FONDATION PORTRAY EST UNE  
INITIATIVE DE INCLUSION ASBL.

02/534.00.38 | [secretariat@fondation-portray.be](mailto:secretariat@fondation-portray.be)  
SIÈGE SOCIAL : Rue Buisson Saint Guibert, 1/1 5030 Gembloux  
SIÈGE ADMINISTRATIF : Avenue Albert Giraud, 24 1030 Bruxelles  
[www.fondation-portray.be](http://www.fondation-portray.be)  
RPM 0.877.691.335

PRÉVOYANCE | SOLIDARITÉ | HANDICAP

Soutenez la Fondation Portray par un versement au compte  
IBAN : BE60 0682 4119 4870 BIC : GKCCBEBB en précisant  
dans la communication « Don » - attestation fiscale délivrée  
pour tout don de plus de 40 €.

Grâce au soutien de la Wallonie (AVIQ)  
et de la COCOF (Service Phare)

