

PROCÉDURE

SOUTIEN À LA GESTION DES AVOIRS FINANCIERS ET DES ALLOCATIONS POUR DÉPENSES PERSONNELLES DES USAGERS – SECTEUR SMDI		
N° Procédure : PRO-132	Responsable de l'application : Direction des ressources financières	
N° Politique/Règlement associé : POL-102		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2026-08-25	Date de révision : 2030-08-25
Destinataires : Personnel du service des comptes à recevoir de la Direction des ressources financières ainsi que les intervenants, professionnels en encadrement clinique et gestionnaires de la Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance/ Mission universitaire IUSMM (DPSMDI) de toutes les installations de Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire.		

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-102 – *Soutien à la gestion des avoirs financiers et des allocations pour dépenses personnelles des usagers.*
- 1.2. Se référer à la POL-069 et PRO-343 – *Protection et représentation des personnes inaptes.*
- 1.3. Se référer à la POL-018 – *Lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.*

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCE ET ITINÉRANCE

2.1 Intervenant

2.1.1 Évaluer les besoins

- 2.1.1.1 Accueillir et prendre en charge la clientèle en santé mentale, dépendance et itinérance pour la dispensation des soins et services médicaux, spécialisés et surspécialisés ;
- 2.1.1.2 Initier la démarche d'évaluation des besoins d'aide à la gestion des finances ;
- 2.1.1.3 Évaluer les capacités de l'utilisateur quant à la gestion de ses finances (ou référer pour évaluation) ;
- 2.1.1.4 Évaluer les capacités de l'utilisateur à améliorer ses aptitudes à gérer ses finances ;
- 2.1.1.5 Évaluer les capacités de l'utilisateur à consentir à la démarche en cours, c'est-à-dire :
 - Comprendre l'information ;

- Apprécier l'information sur un plan personnel (autocritique) ;
 - Raisonner à partir de l'information ;
 - Exprimer un choix.
- 2.1.1.6 Référer à un autre professionnel, au besoin, pour toutes évaluations complémentaires (autonomie, inaptitude) qui permettraient de mieux apprécier la situation ;
- 2.1.1.7 Référer l'utilisateur pour une évaluation médicale si des éléments d'inaptitudes semblent présents afin de confirmer l'étiologie de l'inaptitude :
- S'il y a des notions de permanence, évaluer ou référer vers un travailleur social pour évaluer le besoin d'ouverture d'une tutelle ;
 - Dans l'attente de la mise en place de la mesure de représentation, évaluer la pertinence de mettre en place une mesure de soutien : gestion des avoirs financiers, mesure provisoire.
- 2.1.1.8 Discuter avec l'utilisateur de la meilleure mesure selon ses capacités et envisager toutes les alternatives au soutien à la gestion des avoirs financiers, s'il est apte et ne présente pas d'inaptitude constatée par un médecin :
- Prioriser les personnes significatives qui entourent l'utilisateur pour l'accompagnement dans la gestion des finances ;
 - Considérer toute autre option tel que :
 - L'automatisation des paiements ;
 - L'administration par un tiers ;
 - Le soutien du milieu de vie ;
 - Les organismes communautaires qui offrent ce type de soutien.
- 2.1.1.9 Faire les démarches pour demander l'ouverture du compte de soutien, en dernier recours, en cas d'absence d'un proche responsable pour supporter l'utilisateur dans la gestion de ses avoirs financiers. Le consentement de l'utilisateur est requis.
- 2.1.1.10 Identifier, dans le plan d'intervention, avec l'utilisateur des moyens d'améliorer ses aptitudes à gérer ses finances.

2.1.2 Ouverture d'un compte de soutien à la gestion des avoirs financiers

- 2.1.2.1 Remplir le formulaire Demande de soutien gestion des avoirs financiers (annexe 1) disponible sur eClinibase ;
- 2.1.2.2 Transmettre le formulaire dûment rempli et signé au gestionnaire ou au spécialiste en activité clinique (SAC) de l'équipe clinique (ou tout autre

professionnel en encadrement clinique de l'équipe : spécialiste en activité clinique chef d'équipe, coordonnateur clinique, etc.) ;

2.1.2.3 Recevoir le formulaire de la demande validée et signée par le gestionnaire ou le professionnel en encadrement clinique ;

2.1.2.4 Déposer le « volet clinique » du formulaire au dossier de l'utilisateur et faire parvenir le « volet finance » à l'adresse courriel : fiducie.iusmm@ssss.gouv.qc.ca ;

2.1.2.5 Recevoir et procéder à la complétion, la signature et l'envoi des documents nécessaires au service des comptes à recevoir via l'adresse courriel :

- Une lettre d'acceptation à la fiducie signée par l'agent administratif du service des comptes à recevoir (annexe 2) ;
- Un formulaire Consentement à communiquer des renseignements à un organisme (annexe 6) ;
- Une lettre de demande d'arrêt d'envoi de chèques à l'adresse personnelle ou de dépôt direct dans le compte bancaire afin de les diriger vers le service des comptes à recevoir (annexe 7 et 8) ;
- Un formulaire Administration de l'aide financière par un tiers (SR-0014) (annexe 5) ;
- Un formulaire Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement (annexe 9) ;
- Un formulaire Convention relative à l'administration d'une rente – Retraite Québec (annexe 10) ;
- Un formulaire Évaluation de la capacité mentale d'une personne à gérer ses affaires (annexe 11) ;
- Un formulaire Budget client (annexe 4) ;
- Un fichier contenant les règles à suivre concernant la fiducie (annexe 3).

2.1.2.6 Réévaluation du besoin de gestion des avoirs financiers

- Procéder à la réévaluation des besoins de maintien du service de soutien à la gestion des avoirs financiers une fois par année en remplissant la section « réévaluation » du document Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers (annexe 1) et le transmettre au gestionnaire ou au professionnel en encadrement clinique pour validation et signature ;
 - Lors de la réévaluation des besoins et des capacités de l'utilisateur concerné par le compte en gestion des avoirs financiers, évaluer le besoin de mise en place d'une mesure de représentation ;
- Si l'utilisateur a atteint ses objectifs de retour à l'autonomie et que le besoin de soutien n'est plus présent, informer le service des comptes à recevoir de la fermeture du dossier ;
 - Ainsi, remplir les documents envoyés par le service des comptes à recevoir et les réachemine une fois signés par l'utilisateur.

- Recevoir la validation du document signé par le gestionnaire ou le professionnel en encadrement clinique ;
- Déposer le « volet clinique » du formulaire au dossier de l'utilisateur ;
- Faire parvenir le « volet finance » à l'adresse courriel : fiducie.iusmm@ssss.gouv.qc.ca.

2.1.2.7 Fermeture du compte à la demande de l'utilisateur

- Aviser le service des comptes à recevoir de la décision de l'utilisateur de fermer son compte ;
- Remplir le document Retrait de consentement à l'administration de l'aide financière (annexe 12) envoyé par le service des comptes à recevoir et les réachemine une fois signé par l'utilisateur.

2.2 Gestionnaire ou le professionnel en encadrement clinique à la validation clinique des demandes :

2.2.1 Recevoir le formulaire Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers (annexe 1) dûment complété et signé par l'intervenant pour une ouverture ou une réévaluation ;

2.2.2 Procéder à l'analyse clinique de la demande ;

- Avec le soutien de la Direction des services multidisciplinaires santé et services sociaux – volet des pratiques professionnelles, au besoin.
- En concordance avec la politique associée (POL-102), se prononcer sur l'admissibilité de la demande et sur la priorisation de la demande au besoin en remplissant la section « Volet finance » et la signer ;
- Aviser l'intervenant de la validation de la demande :
 - S'assurer que l'intervenant a déposé le « volet clinique » au dossier de l'utilisateur et a fait parvenir le « volet finance » au département des comptes à recevoir à l'adresse suivante : fiducie.iusmm@ssss.gouv.qc.ca.
- Ou alors, aviser l'intervenant du refus de la demande :
 - Informer l'intervenant des raisons du refus.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

3.1 Agent administratif des comptes à recevoir

3.1.1 Ouverture d'un compte de soutien à la gestion des avoirs financiers

- 3.1.1.1 Recevoir les demandes acceptées et signées par un gestionnaire ou un professionnel en encadrement clinique ;
- 3.1.1.2 Envoyer par courriel à l'intervenant les formulaires à remplir et la lettre d'acceptation du service des comptes à recevoir, si la demande est retenue pour la mise en place immédiate ;
- 3.1.1.3 Ajouter la demande de la liste d'attente, si les demandes excèdent les capacités d'une prise en charge immédiate ;
- 3.1.1.4 Faire la gestion de la liste d'attente ;
- 3.1.1.5 Inscrire l'utilisateur et remplir les informations demandées dans le fichier budget fiduciaire mensuel approprié ;
- 3.1.1.6 Recevoir les formulaires et documents complétés, les réviser et les transmettre aux organismes concernés :
 - Le formulaire Consentement à communiquer des renseignements à un organisme (annexe 6) ;
 - La lettre de demande d'arrêt d'envoi de chèques à l'adresse personnelle ou de dépôt direct dans le compte bancaire (annexe 7 et 8) ;
 - Le formulaire Administration de l'aide financière par un tiers (SR-0014) (annexe 5) ;
 - Le formulaire Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement (annexe 9) ;
 - Le formulaire Convention relative à l'administration d'une rente – Retraite Québec (annexe 10) ;
 - Le formulaire Évaluation de la capacité mentale d'une personne à gérer ses affaires (annexe 11) ;

- 3.1.1.7 Procéder à la création du compte de soutien avec son numéro de dossier en ajoutant un F pour l'identifier dans GRF Espresso ;
- 3.1.1.8 Recevoir le budget préparé par l'intervenant et l'utilisateur, le conserver au dossier et s'assurer de l'utilisation des fonds ;
- 3.1.1.9 Encaisser les chèques et les comptabiliser au compte de soutien de l'utilisateur suite à la réception des revenus ;
- 3.1.1.10 Recevoir et envoyer par la poste à l'adresse domiciliaire de l'utilisateur les carnets de réclamation qui sont sur l'aide sociale ;
- 3.1.1.11 Procéder à la facturation mensuelle, telle que loyer et dépenses personnelles planifiés dans le budget de l'utilisateur, le 16e de chaque mois,
- 3.1.1.12 À la suite de la réception des factures et demandes de paiements de la part des intervenants, procéder pendant tout le mois aux paiements aux fournisseurs concernés ;
- 3.1.1.13 Assurer, en conformité avec le budget, le paiement des dépenses autorisées par l'intervenant/l'utilisateur, jusqu'à concurrence des sommes disponibles ;
- 3.1.1.14 Recevoir, classer et renvoyer aux intervenants par courriel la correspondance des usagers ;
- 3.1.1.15 Faire un suivi mensuel des revenus reçus afin de déterminer si l'utilisateur dispose de fonds suffisants pour payer ses dépenses et informer l'intervenant de toutes situations problématiques.

3.1.2 Réévaluation du besoin de soutien en gestion des avoirs financiers

- 3.1.2.1 Vérifier dans le fichier budget fiduciaire mensuel les dates de réévaluation et informer l'intervenant lorsque le délai pour la réévaluation est dépassé ;
- 3.1.2.2 Recevoir les formulaires des demandes acceptées ;
 - Si la réévaluation est refusée, procéder à la fermeture.

3.1.3 Fermeture du compte à la demande de l'utilisateur

- 3.1.3.1 Aviser l'intervenant au dossier ;
- 3.1.3.2 Envoyer les formulaires Retrait du consentement à l'administration de l'aide financière (annexe 12) à l'intervenant au dossier ;
- 3.1.3.3 Réceptionner les formulaires complétés et envoyer des lettres aux agents payeurs pour effectuer les changements d'adresse ;
- 3.1.3.4 Procéder au remboursement par chèque des sommes détenues.

4. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PROCÉDURE

4.1 Direction des ressources financières

Direction responsable d'élaborer, de rédiger et de mettre à jour la procédure.

4.2 Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance/ Mission universitaire et Direction des services multidisciplinaires santé et services sociaux – volet des pratiques professionnelles

Directions ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la procédure.

4.3 Calendrier de révision de la procédure

La présente procédure devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

5. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente procédure entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire.

6. ANNEXES

- Annexe 1 - *Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers (LHL40340)*
- Annexe 2 - *Lettre d'acceptation à la fiducie de l'IUSMM*
- Annexe 3 - *Règles à suivre concernant la fiducie*
- Annexe 4 - *Budget client*
- Annexe 5 - *Administration de l'aide financière par un tiers (SR-0014)*
- Annexe 6 - *Consentement à communiquer des renseignements à un organisme*
- Annexe 7 - *Demande d'arrêt d'envoi de chèque*
- Annexe 8 - *Demande d'arrêt du dépôt direct*
- Annexe 9 - *Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement*
- Annexe 10 - *Convention relative à l'administration d'une rente – Retraite Québec*
- Annexe 11 - *Évaluation de la capacité mentale d'une personne à gérer ses affaires*
- Annexe 12 - *Retrait du consentement à l'administration de l'aide financière*

Santé Québec Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire IUSMM LHL40340	Date : ANNÉE - MOIS - JOUR NO DE DOSSIER : _____ NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____ MÉDECIN TRAITANT : Dr _____ UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____
DEMANDE DE SOUTIEN À LA GESTION DES AVOIRS FINANCIERS* - VOLET CLINIQUE	
☐ Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers Date de la demande : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR	☐ Réévaluation de la demande de soutien à la gestion des avoirs financiers Date du début : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR
Mesure de représentation : ☐ Tutelle au majeur public : ☐ Personne ☐ Biens Nom du représentant : _____ *Rappel : Veuillez consulter une SAC ou un gestionnaire si un doute existe quant à l'incapacité générale de la personne afin de vous assurer d'une représentation adéquate.	
VOLET CLINIQUE	
1. Évaluation de la situation des besoins de soutien à la gestion des avoirs financiers (problématiques/enjeux particuliers de la situation financière de l'utilisateur, diagnostics et antécédents psychosociaux) et préjudices vécus et appréhendés pour l'utilisateur. Détaillez : (Ex. : Endettement, saisie, éviction, besoins fondamentaux non comblés)	
*Un compte de soutien à la gestion des avoirs financiers pour un usager est généralement créé après avoir épuisé toutes les autres options de gestion disponibles pour l'usager et lorsqu'il y a une crainte quant à la protection et la sécurité des avoirs financiers de l'usager. Il s'agit d'une option alternative lorsque les mesures habituelles se sont avérées infructueuses et est pour une durée temporaire. Il ne peut se soustraire à une mesure de représentation du Curateur Public du Québec. *Ne pas acheminer le volet clinique au service des ressources financières	

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom de l'utilisateur :	N° dossier :
5. Analyse et recommandations de l'intervenant sur la mise en place ou la reconduite du service de gestion des avoirs financiers :	
6. Objectifs et moyens prévus au PI pour favoriser le retour à l'autonomie de l'utilisateur(ère) dans la prise en charge de ses avoirs financiers :	
Signature de l'intervenant psychosocial :	Date :
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM	
*Devrons être fournis à l'acceptation de la demande : un formulaire de consentement, une liste des créanciers identifiés ainsi qu'un budget élaboré avec l'utilisateur.	

 Santé Québec Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire		NO DE DOSSIER : _____ NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____ MÉDECIN TRAITANT : Dr _____ UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____	
DEMANDE DE SOUTIEN À LA GESTION DES AVOIRS FINANCIERS - VOLET FINANCES			
<i>*Imprimer uniquement le volet finances (page 4) et envoyer à la Direction des services financiers par courriel au fiducie.iusmm@ssss.gouv.qc.ca</i>			
☐ Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers Date de la demande : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR		☐ Réévaluation de la demande de soutien à la gestion des avoirs financiers Date du début : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR	
Intervenant social / Intervenant au suivi professionnel : Nom : _____ Coordonnées : _____ Programme, service : _____ Installation : _____			
SECTION RÉSERVÉE (DPSMDI, DSM, DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES)			
Demande de soutien à la gestion des avoirs financiers ☐ Acceptée ☐ Refusée ☐ Priorisée Précisez : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Réévaluation de la demande de soutien à la gestion des avoirs financiers ☐ Soutien reconduit ☐ Soutien levé Date de fermeture : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR Précisez : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Responsable de la validation : Nom, Prénom/Titre d'emploi : _____ Date : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR HHMM			
Responsable aux ressources financières : Nom, prénom/Titre d'emploi : _____ Date : _____ ANNÉE - MOIS - JOUR HHMM			

Annexe 2 - Lettre d'acceptation à la fiducie de l'IUSMM



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal — Universitaire

Ouverture de dossier à la Fiducie de l'IUSMM

Usager :	NOM, PRÉNOM
Dossier :	F XXXXX
Répondant :	XXXX
Date d'acceptation :	JJ-MM-AAAA

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous annoncer que votre demande pour nos services de fiducie a été acceptée.

Vous trouverez ci-joint les documents à signer et nous retourner par courrier interne (les originaux).

- Si l'usager reçoit des prestations de la **Sécurité du revenu (aide sociale)** :
 - Remplir la **section 1 et 2** et signer le formulaire SR-0014 ;
 - Fournir l'adresse du centre local d'emploi (CLE) dont relève l'usager ;
 - Remplir et signer la demande de l'arrêt d'envoi du chèque ou arrêt du dépôt direct
 - Remplir et signer l'autorisation de communiquer des renseignements ;
- Si l'usager reçoit des prestations de la **Sécurité de Vieillesse (SV) et/ou la Pension du régime de Rentes du Québec (RRQ)** :
 - Remplir et signer l'autorisation de communiquer des renseignements ;
 - Remplir et signer la demande de l'arrêt d'envoi du chèque ou arrêt du dépôt direct.
- Pour tous les usagers :
 - Remplir et signer le format de budget PDF.

Par ailleurs, veuillez prendre note qu'**aucun chèque de dépense ou paiement de loyer ne sera émis tant que la Fiducie n'aura pas reçu les revenus du client.**

Pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec nous au courriel de la fiducie ou par téléphone au 514-251-4000 poste 3650.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les plus sincères.

Prénom, nom
Agente administrative 1
Service des comptes à recevoir – Fiducie
Direction adjointe des opérations financières

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal — Universitaire
7401, rue Hochelaga, pavillon Bourget, BO-002-52
Montréal (Québec) H1N 3M5
Courriel : fiducie.iusmm@sqs.gouv.qc.ca

Annexe 3 - Règles à suivre concernant la fiducie

RÈGLES À SUIVRE CONCERNANT LA FIDUCIE

La fiducie est un service temporaire et gratuit exclusif pour les usagers suivis par l'IUSMM. Les usagers admis à la fiducie acceptent de suivre les règles concernant l'administration des revenus et le paiement de certaines dépenses.

- 1) **Documents à remplir pour les usagers qui reçoivent de la Sécurité du revenu :**
 - a. Autorisation de communiquer des renseignements;
 - b. Arrêt du dépôt direct des prestations;
 - c. Formulaire SR0014 (section 1 et 2 seulement);
 - d. Budget initial.

****Veuillez prendre note que les changements apportés au Centre local d'emploi se font pour le mois suivant s'ils ont été demandés avant le quinze (15) du mois.**
- 2) **Documents à remplir pour les usagers qui reçoivent la P.V. et ou la R.R.Q. :**
 - a. Autorisation de communiquer des renseignements;
 - b. Arrêt du dépôt direct des prestations;
 - c. Budget initial.

****Si l'usager reçoit la Pension de vieillesse et la RRQ, les deux premiers documents doivent être remplis en double, car les gouvernements n'acceptent que les documents originaux.**

****Veuillez prendre note que les demandes de changements faites au Gouvernement du Canada prennent environ six (6) mois et les demandes de changements faites au Gouvernement du Québec prennent environ trois (3) mois.**
- 3) **Budget :**
 - a. La tâche de planifier le budget du client est l'entière responsabilité de l'intervenant avec la participation de l'usager, cependant le document doit être révisé et approuvé par la fiducie afin de suivre les procédures établis par la direction des opérations financières.
 - b. Dans la planification des budgets, il faut prioriser le paiement de loyer.
 - c. Tous les changements apportés au budget doivent être envoyé au service de la fiducie avant le 15 du mois et le nouveau budget doit être rempli et signé.
- 4) **Procédure pour les paiements des dépenses personnelles :**
 - a. Choisir un des 3 moyens de paiements; chèque, transfert électronique ou retrait en argent comptant à la caisse.
 - b. Les paiements par chèque ou par transfert électronique pour les loyers et les allocations mensuelles se font le 1^{er} de chaque mois et les versements des dépenses additionnelles chaque mardi.
 - c. Les paiements autorisés par transfert électronique doivent dépasser les 50\$, Pour les transactions inférieures à 50 \$, l'usager doit de présenter au comptoir.
 - d. Le montant de retrait maximum autorisé au comptoir est de 500\$ par jour.
 - e. Les paiements des dépenses se font uniquement au nom de l'usager.
 - f. Les chèques émis aux usagers devront être changés dans une Institution financière autre que la Caisse des bénéficiaires de l'IUSMM. L'usager devra ouvrir un compte bancaire si nécessaire.

- g. Si l'utilisateur est dans l'impossibilité d'avoir un compte bancaire, les retraits pourront être faits à la Caisse des bénéficiaires avec des formulaires de retraits préparés d'avance par la Fiducie.
- h. Toutes les demandes de retrait d'argent comptant au comptoir devront être transmises par courriel à l'adresse de la fiducie 24 h à l'avance, sauf si l'intervenant (TS) accompagne l'utilisateur et pour des situations exceptionnelles. Cela afin de s'assurer que les fonds sont disponibles et que le client ne se déplace pas pour rien.

5) **Comptes à payer par la Fiducie :**

- a. Veuillez prendre note qu'aucun chèque de dépense ou paiement ne sera émis tant que la Fiducie n'aura pas reçu le 1er revenu de l'utilisateur.
- b. Malgré le fait que la fiducie soit responsable des paiements des factures (Vidéotron, Hydro-Québec, Telus, etc), si le compte n'est pas envoyé directement à la fiducie, il est de la responsabilité de l'utilisateur de nous acheminer la facture dès que possible afin d'éviter tout retard ou de coupure de service.
- c. La Fiducie paiera le compte à la réception de la facture, soit par la poste ou par courriel.
- d. Aucun paiement ou remboursement des dépenses des usagers sera fait au nom d'un tiers sans la facture conforme au nom de l'utilisateur et avec l'autorisation de l'intervenant.

6) **Revenus :**

- a. Les revenus de TPS, Solidarité et allocation logement ne sont pas acheminés à la Fiducie si l'utilisateur a un compte bancaire. Ils sont déposés directement dans les comptes par les différents gouvernements.
- b. La correspondance des usagers reçue à la fiducie sera acheminée aux intervenants par courriel.
- c. Les relevés de compte de l'utilisateur seront envoyés aux répondants sur demande par courriel.
- d. Une fois par année (à la date d'anniversaire de l'ouverture de la fiducie), l'intervenant devra faire une mise-à-jour du bien-fondé de la Fiducie pour l'utilisateur.
- e. La fiducie n'est pas chargée de produire ou collaborer avec la déclaration de d'impôts des usagers, cependant lorsque la fiducie reçoit les relevés fiscaux, elle les achemine aux intervenants.

7) **Avances d'argent et Dettes :**

- a. En aucun cas, la fiducie ne peut avancer ou prêter de l'argent aux usagers.
- b. Les usagers doivent respecter le budget qu'ils ont signé.
- c. Malgré ce qui précède, il peut arriver que la fiducie donne à l'utilisateur son allocation de dépenses avant d'avoir encaissé le chèque de prestation.
- d. Si l'utilisateur récupère un chèque de prestations et qu'il contracte une dette envers la fiducie, il doit signer une reconnaissance de dette et s'engager à rembourser sa dette en totalité, soit par un paiement complet ou par une entente de paiement mensuel adaptée à sa réalité et aux règles de fonctionnement en vigueur à la direction des opérations financières. À la seconde récidive, il se peut que le service de fiducie lui soit retiré.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature de l'intervenant

Date

BUDGET CLIENT – Pour le mois de

Autorisation de paiement

Identification

Dossier :

Répondant :

Date :

Revenus mensuels

Salaire : 0.00 \$

TPS : 0.00 \$

TVQ : 0.00 \$

Assurances :	0.00 \$
--------------	---------

Autres :	0.00 \$
----------	---------

TOTAL	0.00 \$
--------------------	---------

Dépenses mensuelles

Téléphone résidentiel :	0.00 \$	Électricité :	0.00 \$
-------------------------	---------	---------------	---------

Dettes : 0.00 \$

Médicaments :	0.00 \$
---------------	---------

Autres :	0.00 \$
----------	---------

TOTAL	0.00 \$
--------------	----------------

ÉCONOMIES	0.00 \$
------------------------	----------------

Instructions des dépenses (Compagnie, montants et dates s'il y a lieu)

Loyer :

(Montants & dates)

Dépenses perso :

(Montants & dates)

☐ Chèque ☐ Transfert électronique ☐ Caisse

Téléphone résidentiel :

(Nom fournisseur et montant)

Cellulaire :

(Nom fournisseur et montant)

Câble :

(Nom fournisseur et montant)

Internet :

(Nom fournisseur et montant)

Électricité :

(Nom fournisseur et montant)

Dettes :

(Qui, montants & dates)

Médicaments :

(Nom fournisseur et montant)

Autres :

Autres précisions sur les dépenses

Information supplémentaire sur le CLIENT	
Adresse :	
Téléphone :	
Information sur le PROPRIÉTAIRE, L'HÉBERGEMENT ET LE PAIEMENT	
Personne contact :	
Téléphone :	
Courriel :	
Mode de paiement :	☒ Transfert électronique ☐ Chèque
AVERTISSEMENT	
Pour un transfert électronique, il est nécessaire de nous faire parvenir ***Un chèque spécimen ou un formulaire de dépôt direct ***	
Information sur le CENTRE LOCAL D'EMPLOI	
Trouvez le bureau responsable du client en cliquant sur le lien https://www.localisateur.servicesquebec.gouv.qc.ca	
Centre de l'utilisateur :	
Téléphone :	
Télécopieur :	

Je, soussigné(e), autorise les représentants de la Fiducie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) à effectuer en mon nom les dépenses mentionnées sur ce document, ainsi que toutes autres dépenses supplémentaires jugées pertinentes par moi et par la personne désignée comme répondant dans mon dossier, tout en respectant les conditions suivantes :

- Me procurer l'assistance nécessaire à la saine administration de mes biens;
- Me produire sur demande un relevé des transactions financières effectuées.

Cette autorisation est révoquée en tout temps de ma part sur présentation d'une demande écrite, adressée à la fiducie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Consentement et Signature							
Signature de l'intervenant	Date <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Année</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour					
Signature de l'utilisateur	Date <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Année</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour					

Annexe 5 - Administration de l'aide financière par un tiers (SR-0014)

Emploi Québec		Administration de l'aide financière par un tiers	
Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.			
Section 1 Renseignements sur l'identité de l'adulte ou des adultes			
Nom de famille et prénom		Numéro de dossier	
Nom de famille et prénom			
Section 2 Demande et consentement			
Je demande à ce que l'aide financière qui m'est accordée en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles soit administrée par un tiers pour les motifs suivants : _____			
Je consens à ce que cette aide financière soit administrée par la personne, l'organisme ou l'établissement désigné à la section 4 de ce formulaire. On m'a informé que je peux mettre fin, par écrit, à mon consentement en tout temps.			
Date _____ Signature de l'adulte _____		Date _____ Signature de l'adulte _____	
Section 3 Incapacité à donner son consentement			
A) Attestation d'incapacité			
Cette partie doit être remplie et signée par un professionnel ou un technicien spécialisé d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux en cas d'incapacité de l'adulte ou des adultes à donner son consentement.			
Je soussigné, _____, agissant à titre de _____, atteste que _____			
Nom de la personne		Profession	

est incapable (sont incapables) de consentir à l'administration de l'aide financière pour les motifs suivants : _____			

Date _____ Signature _____		Nom de l'organisme ou de l'établissement	
Adresse de l'établissement ou de l'organisme		Téléphone	
B) Consentement du représentant			
Cette partie doit être remplie et signée par un représentant de l'adulte qui est incapable de consentir à l'administration de l'aide financière, autre que la personne ou le membre du personnel de l'organisme ou de l'établissement qui atteste de l'incapacité au point A.			
Je soussigné, _____, agissant à titre de représentant de _____,			
Nom du représentant		Nom de l'adulte	
_____, en qualité de _____, consens à ce que l'administration			
de l'aide financière qui lui (leur) est accordée en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles soit confiée à l'administrateur désigné. On m'a informé que je peux mettre fin, par écrit, à mon consentement en tout temps.			
Date _____		Signature du représentant	
Adresse du représentant : ☐ même que celle de l'adulte ou : _____			
Téléphone du représentant : ☐ même que celui de l'adulte ou : _____			

Section 4 Désignation et obligations de l'administrateur

A) Désignation de l'administrateur

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale se réserve le droit de mettre fin à votre désignation en tout temps, notamment en raison d'un manquement à vos obligations.

_____, domicilié à _____	
Nom de la personne	Adresse
est désigné comme administrateur de l'aide financière accordée à l'adulte ou aux adultes nommés à la section 1.	
Date _____	Nom de l'agent d'aide socio-économique (en caractères d'imprimerie) _____
Signature de l'agent d'aide socio-économique _____	
Téléphone _____	Poste _____

B) Obligations de l'administrateur

Par la présente, je soussigné, _____, reconnais avoir pris connaissance des obligations prévues
Nom de la personne ou du représentant de l'organisme ou de l'établissement
au Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles décrites au verso et je m'engage à les respecter. Par conséquent, je m'engage à remplir fidèlement mon rôle d'administrateur auprès de la personne mentionnée ci-dessus et, notamment, je m'engage à :

- utiliser l'aide financière de façon raisonnable, au seul profit de l'adulte ou de la famille à l'égard de qui ce montant est versé et à ne pas en tirer, pour moi-même, d'avantage direct ou indirect;
- remplir ma charge gratuitement;
- gérer, de façon distincte, l'aide financière que j'administre de façon à l'identifier, à vérifier son existence et à justifier son utilisation, soit en déposant les sommes reçues dans un compte distinct, en utilisant le dépôt direct, des relevés bancaires, etc.;
- informer le Ministère si je me trouve dans une situation m'empêchant de continuer à remplir mes fonctions;
- conserver les pièces justificatives des dépenses acquittées à même l'aide financière et à produire sur demande un rapport sur l'administration de cette aide financière. Ce rapport doit être un registre comptable si l'administration désignée est un organisme ou un établissement.

Date _____	Nom de l'administrateur désigné (en caractères d'imprimerie) _____	Signature de l'administrateur désigné _____
Adresse de l'administrateur désigné : ☐ même qu'à la section 3 ou : _____		Téléphone : _____

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0014 (01-2007)

ORIGINAL AU DOSSIER – PHOTOCOPIE À L'ADMINISTRATEUR

UNE FOIS REMPLI, DÉPOSEZ-LE OU FAITES-LE PARVENIR PAR LA POSTE AU CLE RESPONSABLE DU DOSSIER DE LA PERSONNE PRESTATAIRE.

Annexe 6 - Consentement à communiquer des renseignements à un organisme



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal — Universitaire

Consentement à communiquer des renseignements à un organisme

Madame, Monsieur,

Je, soussigné, consens à ce que l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal communique à

Nom de l'organisme

Tous les renseignements relatifs à ma démarche d'arrêt du dépôt direct de mes prestations d'aide sociale afin de les acheminer à l'adresse postale suivante :

FIDUCIE IUSMM
7401, rue Hochelaga
Pavillon Bourget Sous-Sol
Caisse des bénéficiaires
Montréal (Québec) H1N 3M5

Identification de l'utilisateur			
Nom	Prénom	Date de naissance année mois jour	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Dossier Emploi Québec		Numéro d'assurance sociale	
Consentement et signature Ce consentement est valable pour une période indéterminée à compter de la date de la signature. La personne soussignée pourra y mettre fin en tout temps. Signature de l'utilisateur Date année mois jour			

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal — Universitaire
7401, rue Hochelaga, pavillon Bourget, BO-002-52
Montréal (Québec) H1N 3M5
Courriel : fiducie.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 7 - Demande d'arrêt d'envoi de chèques



Arrêt d'envoi du chèque des prestations

Madame, Monsieur,

Par le présent je vous communique ma décision de transférer l'administrer de mes finances à la **FIDUCIE** de **L'IUSMM**. En conséquence, je vous prie de procéder à l'arrêt d'envoi du chèque des prestations de pension à mon adresse personnelle et les acheminer à l'adresse postale suivante :

Fiducie IUSMM
7401, rue Hochelaga
Pavillon Bourget sous-sol
Caisse des bénéficiaires
Montréal (Québec) H1N 3M5

Identification du bénéficiaire			
Nom	Prénom	Date de naissance année mois jour	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Dossier SV		Numéro d'assurance sociale	

Signatures	
Signature de l'usager	Date année mois jour
Signature de l'intervenant	Date année mois jour



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal — Universitaire

Emploi Québec
Ministère du Travail, de l'Emploi
et de la Solidarité sociale

Arrêt du dépôt direct des prestations

Madame, Monsieur,

Je vous prie de procéder à l'arrêt du dépôt direct des prestations dans mon compte bancaire et les acheminer à l'adresse postale suivante :

Fiducie IUSMM
7401, rue Hochelaga
Pavillon Bourget, BO-002-52
Caisse des bénéficiaires
Montréal (Québec) H1N 3M5

Identification du compte bancaire

Nom de l'institution financière

N° de compte

Identification du bénéficiaire

Nom	Prénom	Date de naissance		
		année	mois	jour
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville	Province	Pays	Code postal	
Dossier Emploi Québec		Numéro d'assurance sociale		

Signatures

Signature de l'utilisateur	Date
	année mois jour
Signature de l'intervenant	Date
	année mois jour

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
7401, rue Hochelaga, pavillon Bourget, BO-002-52
Montréal (Québec) H1N 3M5
Courriel : fiducie.iusmm@sss.gouv.qc.ca

Annexe 9 – Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement



Service
Canada

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

Fichiers de renseignements personnels

EDSC PPU 116, 146

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement

Les administrateurs doivent garder des registres annuels des sommes d'argent reçues et dépensées pour le compte de nos bénéficiaires. À la demande du Ministre, les administrateurs doivent fournir une reddition de comptes de même que la documentation exigée pour l'année ou les années pertinente(s).

Il est très important que vous :

- utilisiez un stylo et écriviez le plus lisiblement possible en lettres moulées.

Numéro d'assurance sociale
du bénéficiaire

Les renseignements contenus dans le présent formulaire sont essentiels en vue des paiements des prestations versées aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada aux personnes qui agissent au nom d'un bénéficiaire incapable de gérer ses affaires. Ces renseignements sont conservés dans le fichier se rapportant à la prestation qui est payée. En vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels, le bénéficiaire a le droit de demander une copie de son dossier.

Bénéficiaire de la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada

☐ M.

☐ Mme

Prénom habituel et initiale

Nom de famille

☐ Mlle

Organisme ou établissement

Nom officiel de l'organisme ou de l'établissement

Adresse - N^o, rue, app., C.P., R.R. et ville

Province ou territoire

Pays - si ce n'est pas le Canada

Code postal

Par la présente, nous acceptons, lorsque dûment nommés, de recevoir les prestations payables à tout bénéficiaire aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada, si Emploi et Développement social Canada décide de verser les prestations à l'organisme ou à l'établissement; et sans exiger de frais, nous nous engageons :

1. à agir au nom du bénéficiaire selon les directives que Emploi et Développement social Canada pourraient nous fournir, à administrer et à dépenser les prestations dans l'intérêt supérieur du bénéficiaire;
2. à fournir une reddition de comptes de tous les versements de prestation reçus et des sommes dépensées sur les versements à la demande de Emploi et Développement social Canada;
3. à informer Emploi et Développement social Canada si le bénéficiaire change d'adresse, s'absente du Canada, décède ou redevient capable de gérer ses affaires, ou si l'administration se termine; ainsi qu'à leur fournir tout autre renseignement ou toute autre preuve et à accomplir tout acte requis du bénéficiaire en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse, du Régime de pensions du Canada ou de leurs Règlements; et
4. à retourner, au moment du décès, tous les paiements de la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada qui pourraient avoir été versés après le mois du décès et à rembourser à Sa Majesté la Reine du Chef du Canada toute perte qu'elle pourrait subir si ces paiements sont encaissés.

Si vous êtes une municipalité, un organisme de bienfaisance, ou un organisme à but non lucratif qui demande à administrer les prestations d'un aîné incapable sans abri ou qui est à risque imminent de l'être, veuillez répondre aux questions 1 à 3.

Renseignements sur la condition de vie de la personne

1. J'atteste par la présente que j'ai évalué la condition de vie de la personne et que je crois que la personne nommée ci-dessus est sans abri ou à risque imminent de l'être à cause des facteurs suivants (cochez les cases qui s'appliquent) :

- ☐ absence d'une adresse domiciliaire fixe;
- ☐ fréquentation habituelle de refuges;
- ☐ conditions de logement précaires, dangereuses ou inadéquates;
- ☐ déclaration volontaire de la personne qu'elle est sans abri.

Service Canada assure la prestation des programmes et des services
d'Emploi et Développement social Canada pour le gouvernement du Canada.

SC ISP-3507 (2015-01-15) F

1 de 2

Available in English

Canada

		Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire	
Renseignements sur votre organisme			
2. Type d'organisme J'atteste par la présente que notre organisme _____ est : Nom de l'organisme ☐ une municipalité constituée en personne morale en vertu de la loi provinciale ou territoriale applicable (veuillez préciser le nom et la section de la loi applicable) _____ ☐ un organisme de bienfaisance enregistré (veuillez indiquer le numéro d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance) _____ ☐ un organisme à but non lucratif (veuillez préciser si votre organisme détient un statut d'exonération fiscale aux termes de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> ☐ Oui *Si oui, veuillez fournir une preuve d'exonération. Si vous ne disposez pas d'une telle preuve, veuillez fournir des renseignements étayant votre réponse selon laquelle vous êtes un organisme à but non lucratif. ☐ Non			

NOTE : Si vous faites une déclaration fausse ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et à des intérêts, le cas échéant, en vertu du *Régime de pensions du Canada* ou de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

EN FOI DE QUOI, ce document a été signé, sous le sceau de l'organisme ou de l'établissement, par ses représentants autorisés à cet effet, ce _____ jour de _____ de l'année _____.

Signature du représentant de l'organisme ou de l'établissement X Signature du représentant	Signé, scellé et délivré en présence de X Signature du témoin
Nom du représentant - en lettres moulées	Nom du témoin - en lettres moulées
Adresse du témoin - N ^o , rue, app., C.P., R.R.	
Ville ou Village	Province ou territoire
Pays si ce n'est pas le Canada	Code postal
N ^o de téléphone	N ^o de téléphone
Occupation du témoin	

Annexe 10 – Convention relative à l'administration d'une rente – Retraite Québec



Centre d'accueil ou centre hospitalier (Convention relative à l'administration d'une rente)

Remplir en lettres détachées toutes les sections du formulaire (sauf les signatures)

1. Renseignements sur l'identité de la personne qui a cotisé au Régime de rentes du Québec		
Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale

2. Renseignements sur l'administrateur de la rente		
Nom de l'établissement		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone		
Au domicile	Ind. rég.	Autre
Poste		
Nous consentons à recevoir la rente du bénéficiaire mentionné ci-dessus, sans exiger de frais. De plus, l'établissement s'engage, conformément aux dispositions de la <i>Loi sur le régime de rentes du Québec</i> et de ses règlements à : 1. administrer la rente à l'avantage du bénéficiaire; 2. rendre compte, sous la forme et aux moments indiqués par Retraite Québec, de tous les versements reçus et de l'usage qui en a été fait; 3. retourner toute somme reçue après la date de décès du bénéficiaire ou après la date où il aura cessé d'y avoir droit, et à dédommager Retraite Québec de toute perte qui pourrait résulter de l'encaissement de ces sommes.		

3. Déclaration et signature	
EN FOI DE QUOI, nous avons signé à (ville)	
Nom de famille (écrire en lettres détachées)	Prénom (écrire en lettres détachées)
Titre (écrire en lettres détachées)	
Signature	
Date	
année mois jour	
Signature du témoin	
Titre du témoin	
Adresse du témoin	Code postal

Annexe 11 - Évaluation de la capacité mentale d'une personne à gérer ses affaires



Évaluation de la capacité mentale d'une personne à gérer ses affaires

1. Renseignements sur l'identité de la personne concernée			
Nom de famille		Prénom	
Évalua		Numéro de client ou NAS	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Pays
			Code postal
Téléphone			
Au domicile		Autre	Poste
2. Capacité mentale à gérer ses affaires La personne concernée a-t-elle la capacité mentale de gérer ses affaires? ☐ Oui. Passez à la section 4. ☐ Non. Son incapacité mentale à gérer ses affaires est-elle permanente? (Si c'est le cas, nous devons nommer un administrateur pour gérer la rente de cette personne.) ☐ Oui. Indiquez, si vous le connaissez, le nom de la personne qui administre actuellement les affaires de cette personne. _____ ☐ Non. Passez à la section 4.			
3. Diagnostic et pronostic			
Précisez pourquoi cette personne est incapable de gérer ses affaires.			
Diagnostic		Pronostic	
4. Déclaration du médecin			
Nom de famille		Prénom	
Adresse		Numéro de permis	
		Code postal	
Téléphone		Poste	Télécopieur
☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste. Précisez : _____			
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état de la personne concernée est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.			
Signature du médecin		Date	

Retraite Québec B-020F1 (16-01)

Annexe 12 - Retrait du consentement à l'administration de l'aide financière



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Retrait du consentement à l'administration de l'aide financière par un tiers

Madame, Monsieur,

Je, soussigné(e), retire par la présente mon consentement à ce que mes prestations de revenu soient administrées par la fiducie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Nom :	
N. de dossier IUSMM	
N. de dossier AIDE SOCIALE :	
Adresse complète où envoyer le prochain chèque de Sécurité du Revenus :	

Ce retrait est valable pour une période indéterminée à partir de la date de la signature de ce document.

Signature : _____ Date : _____
Bénéficiaire