

RÉCUPÉRATION DES EFFETS PERSONNELS AU DOMICILE FAMILIAL EN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE OU INTRAFAMILIALE

Annexe I

ÉVALUATION DE LA SITUATION

NUMÉRO DE DOSSIER (AUTRE ORGANISME) S'IL Y A LIEU	NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT (POLICE) S'IL Y A LIEU
NOM, PRÉNOM DE LA VICTIME	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR ____/____/____

1	EFFETS PERSONNELS DONT LE BESOIN EST URGENT (On ne peut reprendre les meubles à cette étape-ci)	
N°	EFFETS	PRÉCISER
1	PAPIERS PERSONNELS	
2	VÊTEMENTS DE LA VICTIME	
3	VÊTEMENTS DES ENFANTS	
4	MÉDICAMENTS	
5	MATÉRIEL SCOLAIRE	
6	DÉPLACEMENT OU AUTRES (immatriculation, clefs, titre de transport, etc.)	

2	CONJOINT					
NOM. PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR ____/____/____	ÂGE	ETHNIE	TAILLE	POIDS	
SIGNES PHYSIQUES (couleurs des cheveux et des yeux, barbe, moustache, tatouage, marques particulières)						
AUTRES SIGNES PARTICULIERS						
VOUS ÊTES-VOUS DÉJÀ SENTI MENACÉE PAR VOTRE CONJOINT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
SI OUI, EXPLIQUER						
À VOTRE CONNAISSANCE, Y'A-T-IL DÉJÀ EU UN RAPPORT DE POLICE SUR QUELCONQUE CONFLIT OU QUERELLE AVEC VOTRE CONJOINT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
SI OUI, PRÉCISER SI POSSIBLE : N° PDQ ANNÉE MOIS JOUR ____/____/____/____/____						

3	VÉHICULE	
VOTRE CONJOINT A-T-IL ACCÈS À UN VÉHICULE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (si vous avez répondu NON, passez à la question suivante)		
À QUI APPARTIENT CE VÉHICULE ? _____		
OÙ EST-IL STATIONNÉ GÉNÉRALEMENT ? _____		
MARQUE	MODÈLE	ANNÉE
COULEUR(S)	IMMATRICULATION	
PARTICULARITÉ (accidenté, modifié, équipement distinctif, etc.)		

4	ENTOURAGE			
DEVRAIT-ON PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À CERTAINES PERSONNES DE LA FAMILLE ET DU VOISINAGE OU À DES AMIS PROCHES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
NOM	PRÉNOM	ADRESSE	N° APP	
COMMENTAIRES :				

5	LIEUX			
ADRESSE			TÉLÉPHONE	
NUMÉRO			RUE	APP. VILLE
FAITES UN CROQUIS DES LIEUX				
<ul style="list-style-type: none"> ♦ BIEN SIGNALER LES ACCÈS, L'EMPLACEMENT DES ARMES S'IL Y A LIU, AINSI QUE DES EFFETS À REPRENDRE EN INSCRIVANT LEUR NUMÉRO (voir la partie 1 du formulaire) ♦ S'IL Y A PLUS D'UN ÉTAGE, FAITES LE CROQUIS DES ÉTAGES SUR UN DOCUMENT EN ANNEXE, AU BESOIN. 				
<input type="checkbox"/> SUITE SUR UN DOCUMENT ANNEXÉ				

6	ARMES			
Y'A-T-IL DES ARMES (armes à feux, couteaux ou autres) ? <input type="checkbox"/> À L'INTÉRIEUR DES LIEUX <input type="checkbox"/> DANS UN BÂTIMENT ANNEXE				
<input type="checkbox"/> DANS L'AUTO <input type="checkbox"/> AUTRE ENDROIT				
SI OUI, PRÉCISER LE TYPE D'ARMES ET L'ENDROIT OÙ ELLES POURRAIENT SE TROUVER.				

ADRESSE DU CHALET OU D'UN AUTRE ENDROIT, S'IL Y A LIEU				
VOTRE CONJOINT POSSÈDE-T-IL UN PERMIS DE PORT D'ARME À FEU ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
VOUS ÊTES-VOUS DÉJÀ SENTI MENACÉE AVEC DES ARMES, DES COUTEAUX DE CUISINE <input type="checkbox"/> OUI : PRÉCISER _____				
OU DES OUTILS QUELCONQUES ? <input type="checkbox"/> NON				
SI LA REPRISE DE VOS EFFETS VOUS PARAÎT TOUJOURS NÉCESSAIRE : <ul style="list-style-type: none"> ♦ être TOUJOURS accompagnée d'une intervenante et de policiers; ♦ apporter ce formulaire au moment de la reprise. SI VOUS AVEZ QUELQUE CHOSE À DIRE, EN PARLER DISCRÈTEMENT AVEC LES POLICIERS ET LES LAISSER ENGAGER TOUTES LES DISCUSSIONS AVEC VOTRE CONJOINT.				

7	CONSENTEMENT DE LA VICTIME			
AVEZ-VOUS TOUJOURS L'INTENTION DE REPRENDRE VOS EFFETS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

8	AUTORISATION DE L'ORGANISME <input type="checkbox"/> MAISON D'HÉBERGEMENT <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/>			
ORGANISME COMMUNAUTAIRE				
<input type="checkbox"/> ACCEPTÉE <input type="checkbox"/> REFUSÉE : PRÉCISER : _____				
ANNÉE MOIS JOUR DATE _____/_____/_____				
SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE			NOM ET PRÉNOM (en majuscule)	

9	À L'USAGE DE LA POLICE VÉRIFICATION AU CHEQ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ANNÉE MOIS JOUR				
AUTRES EFFETS REPRIS LORS DE LA VISITE : DATE _____/_____/_____ HEURE _____				

COMMENTAIRES				

