

# Demande de nomination d'urgence d'un subrogé

En vertu de la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle*, il est possible de nommer d'urgence un subrogé à l'égard des soins personnels ou des biens d'une personne si l'on détermine :

- que cette personne est en danger de mort immédiat, qu'elle court le risque immédiat de subir une atteinte grave à sa santé physique ou mentale, de voir sa santé physique ou mentale se détériorer grandement ou de subir des pertes matérielles importantes;
- que la personne qui fait l'objet de la demande remplit les conditions suivantes :
  - elle est une personne vulnérable;
  - elle est incapable de s'occuper de ses soins personnels ou de gérer ses biens;
  - elle a besoin que des décisions soient prises en son nom de façon urgente afin que soit évité le danger ou le risque mentionné ci-dessus;
  - que des mesures rapides sont nécessaires compte tenu de la nature et de l'urgence de la situation;

Remarque : lorsqu'un subrogé est nommé d'urgence, sa nomination n'est valide que pour une période maximale de 30 jours.

Veuillez consulter le *Guide pour remplir une demande de nomination d'un subrogé* pour plus de renseignements sur certains termes utilisés dans ce document.

Si vous avez besoin de plus de place pour inscrire vos réponses, veuillez joindre une autre feuille et indiquer le numéro de la section concernée (5.1, par ex.)

**This document is also available in English. To obtain a copy, call 945-5039 or 1-800-757-9857.**

## PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE UNE DEMANDE DE NOMINATION D'URGENCE DE SUBROGÉ EST SOUMISE (APPELÉE LA « PERSONNE » DANS CETTE DEMANDE)

### 1.1 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE LA PERSONNE

<b>Nom de famille</b>	<b>Prénom</b>	<b>Deuxième prénom</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aaaa)	<b>Sexe</b>	
<hr/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
<b>Adresse</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
<hr/>		
<b>Adresse postale, si différente de ci-dessus</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
<hr/>		
<b>Type de résidence</b> (maison familiale, résidence communautaire, foyer d'accueil, vie autonome avec soutien, foyer de soins personnels, centre de développement, etc.)		<b>Vit à cet endroit depuis :</b>
<hr/>		<hr/>





## 1.5 PLUS PROCHE PARENT DE LA PERSONNE

(Voir Section C, partie 1, paragraphe 1.5 du guide)

Nom	Lien avec cette personne
_____	
Adresse postale	
_____	
Numéro de téléphone : (      )	
_____	

## PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE LA PERSONNE

### 2.1 PERSONNES QUI FOURNISSENT DES CONSEILS OU UN SOUTIEN À LA PERSONNE OU QUI LA GUIDENT

#### a) Membres de la famille

1. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) Autres personnes choisies par la personne** (amis, fournisseurs de services ou de soins rémunérés, porte-parole, etc.)

1. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.2 FOURNISSEURS DE SOINS OU DE SERVICES (S'ILS NE SONT PAS MENTIONNÉS CI-DESSUS)**

1. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ Lien avec cette personne \_\_\_\_\_



## PARTIE 6 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DES SUBROGÉS PROPOSÉS D'URGENCE

### 6.1 SUBROGÉS PROPOSÉS D'URGENCE

1. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	N° de téléphone
_____	(     )
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
2. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	N° de téléphone
_____	(     )
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

#### Remarques :

- L'Annexe A doit être remplie si la demande porte sur la nomination d'urgence d'un subrogé à l'égard des biens.
- L'Annexe B-E doit être remplie par tous les subrogés proposés d'urgence.
- Si aucun subrogé n'est proposé, le curateur public sera nommé à titre de subrogé.

## PARTIE 7 AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

### 7.1 Si vous n'êtes pas un membre de la famille de la personne quand et comment avez-vous informé la famille de cette demande de nomination d'urgence?

7.2 Est-ce que la personne a déjà un subrogé? Yes  No

En a-t-elle eu un par le passé? Yes  No

7.3 Est-ce qu'un curateur a été nommé par la Cour du Banc du Roi à l'égard de la personne ou est-ce que celle-ci a fait l'objet d'un ordre de nomination du curateur public en vertu de la *Loi sur la santé mentale*? (Voir Section C, partie 7, paragraphe 7.3 du guide)

Yes  No

