

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

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

Qui est la personne-ressource principale dans le lieu de résidence?

Nom

Titre

N° de téléphone

()

1.2 LA PERSONNE EST-ELLE UNE PERSONNE VULNÉRABLE?

(Voir Section C, partie 1, paragraphe 1.2 du guide)

A) UN ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

(Les déficiences causées exclusivement par des troubles mentaux ou psychiatriques, tels que définis dans la *Loi sur la santé mentale*, ne sont pas considérées ici comme des « déficiences mentales ».)

Les critères qui définissent une « déficience intellectuelle » sont présentés ci-dessous. Veuillez expliquer pourquoi vous pensez que la personne est :

i) une personne ayant une réduction marquée du fonctionnement intellectuel;

ii) une personne ayant une détérioration du comportement adaptatif;

iii) une personne dont la déficience s'est manifestée avant l'âge de 18 ans.

B) AIDE POUR LES BESOINS DE BASE

Veillez décrire le type d'aide dont la personne a besoin pour satisfaire ses besoins de base en matière de :

soins personnels (par exemple de l'aide pour résoudre des problèmes médicaux, pour s'occuper de son hygiène personnelle, pour effectuer des tâches domestiques)

biens (par exemple de l'aide pour gérer son argent)

1.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES

(Voir Section C, partie 1, paragraphe 1.3 du guide)

Veillez joindre les documents à l'appui des réponses fournies aux questions 1.2 et 5.1. Il peut s'agir notamment :

- Des rapports d'évaluation de psychologues, psychiatres, pédiatres, spécialistes scolaires (orthophonistes, ergothérapeutes), etc.
- De dossiers médicaux sur lesquels figurent un diagnostic d'un trouble du développement particulier, d'une déficience cognitive significative ou d'une déficience intellectuelle.
- Du formulaire de niveau de soins du Programme d'aide à la vie en société.
- Du plan financier personnel du Programme d'aide à la vie en société.
- D'un plan individuel ou d'un plan éducatif personnalisé.
- D'un plan de gestion du comportement ou d'autres renseignements connexes.
- Des rapports d'antécédents sociaux, s'ils existent.
- De tout autre document pertinent.

Réservé au Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle

1.4 TRAVAILLEUR SOCIAL OU COORDONNATEUR DE SOINS DE LA PERSONNE (SI CONNU)

Nom _____

Adresse postale _____

N° de téléphone () _____ N° de télécopieur () _____

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 3 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom _____	Lien avec cette personne _____
Adresse postale _____	
N° de téléphone (_____) _____	

PARTIE 4 RAISONS AYANT MOTIVÉ LA DEMANDE DE NOMINATION D'URGENCE

(Voir Section C, partie 3 du guide)

- 4.1 Veuillez décrire l'urgence, pourquoi vous pensez que la 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 et pourquoi il est nécessaire d'agir rapidement.**

PARTIE 5 DÉCISIONS À PRENDRE

(Les demandeurs devraient lire la Section C, partie 6 du guide avant de remplir cette section.)

5.1 DÉCISIONS À PRENDRE

Une personne est jugée incapable de prendre une décision si elle n'est pas en mesure de comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision à propos de soins personnels ou de la gestion de biens ou si elle n'est pas en mesure d'apprécier les conséquences normalement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision.

Étant donné l'urgence décrite, veuillez indiquer les décisions précises que la personne n'est pas en mesure de prendre, même avec l'aide de son réseau de soutien.

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

7.4 Avez-vous d'autres renseignements ou commentaires qui pourraient être utiles au commissaire lorsqu'il se penchera sur cette demande de nomination d'urgence d'un subrogé?

SIGNATURES REQUISES

Signature du demandeur

Date

**Signature du responsable ou du superviseur
des services sociaux**

Date

(Lorsque le demandeur est un employé de Services à la
famille et Logement Manitoba)

Avez-vous :

- entièrement rempli la demande?
- joint les pièces justificatives mentionnées à la page 3?
- rempli l'Annexe A – biens meubles et immeubles (pour la nomination d'un subrogé à l'égard des biens)?
- rempli l'Annexe B-E – formulaire de consentement signé par les subrogés proposés d'urgence?

Remarque : Le traitement des dossiers de demande incomplets prendra plus longtemps.

Veillez envoyer par la poste ou par télécopieur (l'original devant dans ce cas être envoyé par la poste) les demandes dûment remplies et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle
258, avenue Portage, bureau 315
Winnipeg (Manitoba) R3C 0B6

Téléphone : 204 945-5039
Sans frais : 1 800 757-9857
Télécopieur : 204 948-3713