

# Modification de la nomination d'un subrogé

En vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, il est possible de faire une demande de modification de la nomination d'un subrogé afin que l'une ou plusieurs des mesures suivantes puissent être prises :

- modifier les attributions conférées au subrogé dans l'acte de nomination;
- modifier les conditions de la nomination;
- modifier la durée du mandat;
- nommer un subrogé supplémentaire ou suppléant à l'égard des soins personnels ou des biens.

Le commissaire aux personnes vulnérables ne peut pas :

- conférer à un subrogé à l'égard des soins personnels des pouvoirs concernant les biens;
- conférer à un subrogé à l'égard des biens des pouvoirs concernant les soins personnels;
- prolonger la durée du mandat pour une période de plus de cinq ans à compter de la date de prise d'effet de la modification.

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 (1.4, 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 VULNÉRABLE**

### **1.1 RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE VULNÉRABLE**

**Nom de famille**

**Prénom**

**Deuxième prénom**

**Date de naissance** (mm/jj/aaaa)

**Adresse** (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)

**Adresse postale, si différente de ci-dessus** (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)

## 1.2 TRAVAILLEUR SOCIAL OU COORDONNATEUR DE SOINS DE LA PERSONNE VULNÉRABLE (SI CONNU)

Nom \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_ N° de télécopieur (     ) \_\_\_\_\_

## 1.3 PLUS PROCHE PARENT DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

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

Nom \_\_\_\_\_ Lien avec la personne vulnérable \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : (     ) \_\_\_\_\_

## 1.4 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

S'il y a eu des changements dans le réseau de soutien de la personne vulnérable (personnes qui fournissent des conseils ou un soutien à une personne vulnérable ou qui la guident), veuillez donner des précisions : nom, adresse postale, n° de téléphone, lien avec la personne vulnérable et nature et fréquence du soutien offert.

--

## PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom \_\_\_\_\_ Lien avec la personne vulnérable \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone (     ) \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 RAISONS DE LA MODIFICATION DE LA NOMINATION ET MESURES PROPOSÉES**  
(remplir la section A ou B, selon le cas)

**A) MODIFICATION DES ATTRIBUTIONS, DES CONDITIONS OU DE LA DURÉE DU MANDAT**

1. Décrivez les circonstances qui vous donnent des raisons de croire qu'une modification de la nomination est requise et citez les décisions précises que la personne vulnérable n'est pas en mesure de prendre, même avec l'aide de son réseau de soutien.

**B) SUBROGÉ SUPPLÉMENTAIRE OU SUPPLÉANT**

1. Expliquez pourquoi vous faites une demande de subrogé supplémentaire ou suppléant.

**2. SUBROGÉS SUPPLÉMENTAIRES PROPOSÉS**

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

### 3. SUBROGÉS SUPPLÉANTS PROPOSÉS

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

### PARTIE 4 AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

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

#### Remarques :

- L'Annexe B doit être remplie par tous les nouveaux subrogés proposés.
- Annexe C – Une vérification du casier judiciaire, du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes est exigée pour tous les nouveaux subrogés proposés.

### SIGNATURE DU DEMANDEUR

Signature du demandeur

Date

\_\_\_\_\_

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

