

Demande de nomination d'un subrogé

En vertu de la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle*, il faut que certaines conditions soient remplies pour qu'un subrogé puisse être nommé. Ce formulaire contient des questions afin de s'en assurer. Veuillez répondre à toutes les questions avec le plus de précision possible.

Veuillez consulter le *Guide pour remplir une demande de nomination d'un subrogé* si vous souhaitez des directives ou plus d'explications pour remplir cette demande.

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 (1.2, A, i, 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 SUBROGÉ EST SOUMISE (APPELÉE LA « PERSONNE » DANS CETTE DEMANDE)

1.1 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE CETTE PERSONNE

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
_____	_____	_____
Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Sexe	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
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)		

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 :
_____		_____
Qui est la personne-ressource principale dans le lieu de résidence?		
Nom	Titre	No de téléphone
_____	_____	() _____

Faites l'inventaire des manières dont la personne participe à la vie de la collectivité

(programmes de jour, travail, école)

1. Nom du programme, du travail, de l'école : _____

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

Participe à cette activité depuis? _____

2. Nom du programme, du travail, de l'école : _____

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

Participe à cette activité depuis? _____

3. Nom du programme, du travail, de l'école : _____

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

Participe à cette activité depuis? _____

1.2 LA PERSONNE EST-ELLE UN ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE?

(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, 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.

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

Décrivez 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)

Joindre les documents à l'appui des réponses fournies aux questions 1.2 et 6.1. 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 soutien en matière de 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 _____
No de téléphone (_____) 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 _____	
No de téléphone (_____) _____	

PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom _____	Lien avec cette personne _____
Adresse postale _____	
No de téléphone (_____) _____	

PARTIE 3 RAISONS AYANT MOTIVÉ LA DEMANDE

(Voir Section C, partie 3 du guide)

3.1 QU'EST-CE QUI VOUS DONNE DES RAISONS DE CROIRE QUE LA PERSONNE A BESOIN D'UN SUBROGÉ MAINTENANT?

PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE LA PERSONNE

(Voir Section C, partie 4 du guide)

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

a) Membres de la famille

1. Nom _____
Adresse postale _____
No de téléphone (_____) Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

2. Nom _____

Adresse postale _____

No de téléphone () _____ Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

3. Nom _____

Adresse postale _____

No de téléphone () _____ Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

4. Nom _____

Adresse postale _____

No 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 _____

No de téléphone () _____ Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

2. Nom _____

Adresse postale _____

No de téléphone () _____ Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

3. Nom _____

Adresse postale _____

No de téléphone () _____ Lien avec cette personne _____

Nature et fréquence du soutien offert _____

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

1. Nom _____ Adresse postale _____	Lien avec cette personne _____	No de téléphone () _____
2. Nom _____ Adresse postale _____	Lien avec cette personne _____	No de téléphone () _____

PARTIE 5 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DES SUBROGÉS PROPOSÉS

(Voir Section C, partie 5 du guide)

5.1 SUBROGÉS UNIQUES

1. Nom _____ Adresse postale _____ _____	Lien avec cette personne _____	No de téléphone () _____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
2. Nom _____ Adresse postale _____ _____	Lien avec cette personne _____	No de téléphone () _____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

5.2 SUBROGÉS CONJOINTS

1. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	No 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	No de téléphone
_____	()
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
3. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	()
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

5.3 SUBROGÉS SUPPLÉANTS

1. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	()
_____	Subrogé suppléant à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé suppléant à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
2. Nom	Lien avec cette personne
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	()
_____	Subrogé suppléant à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/>
	Subrogé suppléant à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

Notes :

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

PARTIE 6 DÉCISIONS À PRENDRE

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

6.1 DÉCISIONS À PRENDRE

Veuillez décrire ci-dessous les décisions ou les situations :

- **auxquelles la personne est confrontée maintenant ou auxquelles elle devra faire face dans un avenir prévisible;**
ET
- **pour lesquelles elle est incapable de prendre une décision, même avec l'aide de son réseau de soutien.**

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.

Quelles sont les décisions à prendre ou les situations à régler dans le domaine des soins personnels?

Quelles sont les décisions à prendre ou les situations à régler dans le domaine des biens?

PARTIE 7 AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

7.1 Étant donné la ou les décisions à prendre (décrites à la partie 6), quelle devrait être la durée du mandat du subrogé? *(Voir Section C, partie 7, paragraphe 7.1 du guide)*

7.2 Est-ce que l'adulte ayant une déficience intellectuelle a déjà un subrogé? Oui Non

En a-t-elle eu un par le passé? Oui Non

7.3 Est-ce qu'un curateur a été nommé par la Cour du Banc du Roi à l'égard de l'adulte ayant une déficience intellectuelle 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)* Oui Non

7.4 Veuillez décrire les dispositions de nature physique ou en matière de communication qu'il faudra prendre pour la personne, les subrogés proposés ou les autres parties, au cas où ils devraient participer à un comité d'audience. *(Voir Section C, partie 7, paragraphe 7.4 du guide)*

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

SIGNATURE DU DEMANDEUR

Signature du demandeur

Date

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 – formulaire de consentement signé par les subrogés?
- joint les résultats des vérifications du casier judiciaire, du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes pour tous les subrogés proposés (voir Annexe C)?

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

Envoyez 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

RÉSERVÉ AU TRAVAILLEUR DES SERVICES COMMUNAUTAIRES OU AU TRAVAILLEUR SOCIAL

Aux fins de la collecte d'information du Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle, si vous avez directement aidé le demandeur à remplir cette demande, veuillez remplir ce qui suit.

1) Est-ce que vous pensez que la personne a effectivement besoin d'un subrogé?

Oui

Non

Pourquoi?

2) Pensez-vous que les subrogés proposés sont capables de remplir de telles fonctions, aptes à les remplir et en mesure de le faire?

Oui

Non

Pourquoi?

3) Avez-vous d'autres renseignements ou commentaires qui pourraient être utiles au commissaire relativement à cette demande de nomination d'un subrogé?

SIGNATURE

Signature du travailleur des services
communautaires ou du travailleur social

Date

ANNEXE A

BIENS MEUBLES ET BIENS IMMEUBLES (SI CONNUS)

DE [Nom de la personne qui fait l'objet de la demande] _____

1. BIENS MEUBLES ET BIENS IMMEUBLES

Comptes bancaires ou de placement [lieu de dépôt et solde de chaque compte] :

Actions et obligations [valeur estimée, lieu de dépôt] :

Régime enregistré de d'épargner-retraite (REER) [montant, lieu de dépôt] :

Immobilier [description officielle ou adresse municipale] :

Véhicules [marque, modèle, année] :

Polices d'assurance-vie [valeur de rachat des contrats, nom de la compagnie d'assurances] :

Plans funéraires [valeur marchande, lieu de dépôt] :

Sommes dues à l'adulte ayant une déficience intellectuelle [évaluation des montants, nom des débiteurs] :

Autres (Veuillez préciser) :

2. DETTES:

Passif: Prêts hypothécaires ou personnels :

Créancier _____ Solde du _____

Passif: Cartes de crédit

Créancier _____ Solde du _____

Passif: Autres (Veuillez préciser)

Créancier _____ Solde du _____

3. REVENU:

Source _____ Montant _____ Fréquence _____

Source _____ Montant _____ Fréquence _____

4. DÉPENSES:

Source _____ Montant _____ Fréquence _____

Source _____ Montant _____ Fréquence _____

Signature

Date

ANNEXE B

Consentement à être considéré en vue de la nomination d'un subrogé

Je soussigné, ou nous, les soussignés, _____
[nom du ou des subrogés proposés]

accepte ma nomination, ou acceptons notre nomination à titre de subrogés pour

[nom de la personne qui fait l'objet de la demande]

afin d'exercer un pouvoir décisionnel pour cette personne dans le domaine

- des soins personnels
- des biens

Je comprends que ma nomination à titre de subrogé dépend des résultats de la vérification de mon casier judiciaire (y compris de la vérification pour les personnes appelées à travailler auprès d'adultes ayant une déficience intellectuelle), du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes. J'accepte de demander ces vérifications et d'en transmettre les résultats au commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.

Je comprends que, si je suis nommé à titre de subrogé, je serai tenu de remplir les fonctions d'un subrogé tel que cela est énoncé dans la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle* et de respecter toutes les conditions fixées par le commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.

Je comprends également qu'à titre de subrogé à l'égard des biens, je devrai déposer, dans les six mois suivant ma nomination, un inventaire et une reddition de comptes exacts concernant les biens et les dettes placés sous mon autorité, puis tous les ans par la suite, une reddition de comptes annuelle des biens, dettes, encaissements et décaissements de l'adulte ayant une déficience intellectuelle, à moins d'indication contraire de la part du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.

Je comprends aussi qu'à titre de subrogé à l'égard des biens, je peux devoir fournir un cautionnement ou une autre garantie d'un montant correspondant à la valeur attestée sous serment des biens placés sous mon autorité, comme cela me sera indiqué par le commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.

*Signature du subrogé proposé

Date

*Signature du subrogé proposé

Date

* Non exigée pour le curateur public.

ANNEXE C

VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE, DU REGISTRE CONCERNANT LES MAUVAIS TRAITEMENTS ET DU REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES

Dans le cadre d'une demande de nomination d'un subrogé, le subrogé proposé doit obtenir une vérification du casier judiciaire, du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes. **Les résultats de ces vérifications vous seront envoyés directement. Il vous incombe de les joindre à la demande ou de les envoyer au Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.**

VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE

Il est possible de demander une vérification du casier judiciaire auprès du service de police de votre ville ou de votre municipalité ou, dans les régions rurales, auprès d'un détachement de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). La vérification du casier judiciaire **doit** comprendre une vérification pour les personnes appelées à travailler auprès d'adultes ayant une déficience intellectuelle. Lorsque vous déposerez votre demande de vérification remplie au bureau de la police ou de la GRC, vous devrez normalement présenter deux pièces d'identité et payer les droits de demande requis. Le bureau de police vous fournira les résultats de la vérification. Si vous avez des questions au sujet de ce processus, veuillez les transmettre au service de police de votre ville ou de votre municipalité, ou au détachement local de la GRC (dans les régions rurales seulement). Les habitants de Winnipeg peuvent obtenir des renseignements en appelant le 204 986-6074 ou en consultant le site www.winnipeg.ca/police (en anglais seulement).

VÉRIFICATION DU REGISTRE CONCERNANT LES MAUVAIS TRAITEMENTS

Pour une vérification de ce registre, il faut présenter une demande à la Section du registre concernant les mauvais traitements en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande en communiquant avec les Services de protection des enfants, dont les coordonnées se trouvent ci-dessous ou en ligne sur le site : www.gov.mb.ca/fs/childfam/child_abuse_registry_form.fr.html. Lorsque vous déposerez votre demande de vérification remplie à la Section du registre concernant les mauvais traitements, vous devrez normalement présenter des photocopies certifiées conformes de deux pièces d'identité valides et payer les droits de demande requis. Veuillez consulter la partie 3 du formulaire pour des renseignements sur le paiement. La Section du registre concernant les mauvais traitements vous enverra les résultats de cette vérification.

Pour plus de renseignements à propos de la vérification du registre concernant les mauvais traitements, vous pouvez communiquer avec le bureau dont l'adresse figure ci-dessous. C'est également à ce bureau que vous devez envoyer votre demande de vérification.

Services de protection des enfants

114, rue Garry, bureau 201

Winnipeg (Manitoba) R3C 4V5

Téléphone : 204 945-6967

Sans frais : 1 800 282-8069

Télécopieur : 204 948-2222

Courriel : car@gov.mb.ca

Site Web : www.gov.mb.ca/fs/childfam/child_abuse_registry.fr.html

REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES

Vous pouvez obtenir un formulaire de vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes en communiquant avec le Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle par téléphone au 204 945-5039 ou 1 800 757-9857, par télécopieur au 204 948-3713 ou par courriel à calido@gov.mb.ca. Le formulaire et les instructions sur la façon de remplir ce dernier vous seront envoyés par la poste. Une fois rempli, le formulaire doit être transmis au registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à l'adresse ci-dessous. Lorsque vous enverrez le formulaire au registraire, des photocopies certifiées conformes de deux pièces d'identité valides seront exigées. La vérification de ce registre est gratuite. La Section du registre des mauvais traitements infligés aux adultes vous enverra les résultats de cette vérification.

Veillez envoyer votre demande de vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à l'adresse suivante :

Registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes
Section du registre des mauvais traitements infligés aux adultes
114, rue Garry, bureau 305
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V7
204 945-4934

IMPORTANT

Lorsque vous recevrez les résultats des vérifications mentionnées ci-dessus, il vous incombera, en tant que subrogé proposé, de joindre les copies de tous les résultats à votre demande ou de les envoyer au Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Bureau du commissaire aux personnes vulnérables

Les renseignements personnels que l'on vous demande de fournir sont recueillis en vertu de la **Loi sur les adultes ayant déficience intellectuelle (la Loi)**. Ils sont recueillis afin d'administrer la Loi et de déterminer si vous pouvez agir à titre de subrogé.

Ces renseignements personnels sont protégés en vertu de la **Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels**.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte de renseignements personnels, veuillez communiquer avec la personne suivante :

Coordonnateur de l'accès à l'information
Services à la famille et Logement Manitoba
114, rue Garry, bureau 219
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V6

Téléphone : 204 945-2013