

# 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

<b>Nom de famille</b>	<b>Prénom</b>	<b>Deuxième prénom</b>
_____	_____	_____
<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aaaa)	<b>Sexe</b>	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Adresse</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
_____		
<b>Adresse postale, si différente de ci-dessus</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
_____		
<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>
_____		_____
<b>Qui est la personne-ressource principale dans le lieu de résidence?</b>		
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 PERSONNES EST-ELLE UN ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE?

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

### A) UN ADULT 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 de la Reine 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