

# Révocation de la nomination d'un subrogé ou nomination d'un remplaçant

En vertu de la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle*, toute personne peut demander au commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle une ou plusieurs des mesures suivantes :

- la révocation de la nomination d'un subrogé à l'égard des soins personnels ou des biens;
- la nomination d'une personne afin qu'elle remplace un subrogé à l'égard des soins personnels ou des biens dont la nomination a été révoquée ou qui est décédé.

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 (4.1, 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 L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

### 1.1 RENSEIGNEMENTS SUR L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

<b>Nom de famille</b>	<b>Prénom</b>	<b>Deuxième prénom</b>
_____	_____	_____
<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aaaa)		
_____		
<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)		
_____		

### 1.2 TRAVAILLEUR SOCIAL OU COORDONNATEUR DE SOINS DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SI CONNU)

Nom _____
Adresse postale _____
N° de téléphone ( _____ ) N° de télécopieur ( _____ )

### 1.3 PLUS PROCHE PARENT DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

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

Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	
Adresse postale _____	
N° de téléphone (      ) _____	

### 1.4 RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

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

--

## PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	
Adresse postale _____	
N° de téléphone (      ) _____	

## PARTIE 3 RAISONS DE LA DEMANDE ET MESURES PROPOSÉES (Remplir la section a ou b, selon le cas)

### A) RÉVOCATION DE LA NOMINATION D'UN SUBROGÉ

Il est possible de faire une demande de révocation de la nomination d'un subrogé à l'égard des soins personnels ou des biens si la personne dont s'occupe le subrogé :

- n'est plus un adulte ayant une déficience intellectuelle;
- n'a plus de décisions à prendre;
- est à présent capable de prendre elle-même ses propres décisions avec l'aide de son réseau de soutien.

**1. Veuillez décrire en détail de quelle manière l'un de ces critères ou plusieurs d'entre eux sont satisfaits.**

--

## B) RÉVOCATION DE LA NOMINATION D'UN SUBROGÉ OU NOMINATION D'UN REMPLAÇANT

Il est possible de révoquer la nomination d'un subrogé et de nommer une personne pour le remplacer si celui-ci :

- est décédé;
- n'est pas en mesure de remplir ses fonctions, n'est pas disposé à les remplir ou refuse de les remplir;
- n'a pas rempli ses fonctions conformément à la Loi ou aux conditions de sa nomination;
- a agi d'une façon irrégulière ou d'une façon qui a mis ou peut mettre en danger le bien-être ou les biens de l'adulte ayant une déficience intellectuelle;
- n'est plus apte à remplir ses fonctions.

### 1. Faites la liste des subrogés dont la nomination est révoquée ou qui sont remplacés

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Décrivez en détail les raisons de la demande de révocation ou de remplacement.

\_\_\_\_\_

### 3. SUBROGÉS REMPLAÇANTS PROPOSÉS

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

#### 4. SUBROGÉS SUPPLÉANTS REMPLAÇANTS PROPOSÉS

1. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	N° de téléphone
_____	(    )
_____	Subr. sup. à l'égard des soins personnels    biens
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	N° de téléphone
_____	(    )
_____	Subr. sup. à l'égard des soins personnels    biens
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### Remarques :

- L'Annexe B doit être remplie par tous les subrogés remplaçants 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 subrogés suppléants proposés.
- Si aucun subrogé remplaçant n'est proposé, le curateur public sera nommé à titre de subrogé.

---

#### PARTIE 4 AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

---

##### 4.1 Avez-vous informé le subrogé concerné de la demande de révocation faite à son égard?

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

---

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

---

**Signature du demandeur**

**Date**

---

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

**Veillez envoyer les demandes dûment remplies et les pièces justificatives requises (le cas échéant) 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