

# Modification de la nomination d'un subrogé

En vertu de la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle*, 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 adultes ayant une déficience intellectuelle 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 L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

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

**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 L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Nom \_\_\_\_\_

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

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

## 1.3 PLUS PROCHE PARENT DE L'ADULT 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 \_\_\_\_\_

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

## 1.4 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU 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 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 l'adulte ayant une déficience intellectuelle 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 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"/>

### 3. SUBROGÉS SUPPLÉANTS PROPOSÉS

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

**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