

Je m'appelle : \_\_\_\_\_  
(nom et prénoms en caractères d'imprimerie)

Je demande par les présentes que la Commission tienne une audience en vue de réviser une constatation selon laquelle je suis incapable de gérer mes biens.

Êtes-vous présentement malade hospitalisé ou pensionnaire dans un établissement de santé ou autre?

**non**

**oui** nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital ou de l'établissement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre adresse personnelle et votre numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_ (adresse) ( ) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone)

Nom, adresse, n° de téléphone et n° de télécopieur de la personne qui a fait la constatation d'incapacité initiale :

\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (adresse)  
( ) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone) ( ) \_\_\_\_\_ (n° de télécopieur)

Précisez la date de la constatation : \_\_\_\_\_

Votre capacité à gérer des biens a-t-elle été évaluée au cours des six derniers mois?

**non**

**oui** nom, adresse et numéro de la personne qui a fait l'évaluation :

\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (adresse)  
( ) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone) ( ) \_\_\_\_\_ (n° de télécopieur)

Avez-vous présenté une requête en révision de votre capacité à gérer des biens à la Commission au cours des douze derniers mois?

**non**

**oui** date et lieu de la dernière audience, si vous les connaissez :

\_\_\_\_\_ (lieu) \_\_\_\_\_ (date)

Nom et numéro de téléphone de la personne qui s'occupe de vous au Bureau du tuteur et curateur public :

\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone)

Nom, adresse, numéro de téléphone et numéro de télécopieur de votre avocat ou mandataire (*si vous en avez un*) :

\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (adresse)  
( ) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone) \_\_\_\_\_ (n° de télécopieur)

Si vous avez obtenu de l'aide pour remplir cette formule, veuillez indiquer le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur de la personne qui vous a fourni cette aide :

\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (adresse)  
( ) \_\_\_\_\_ (n° de téléphone) \_\_\_\_\_ (n° de télécopieur)

\_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (signature)

Ces renseignements sont recueillis pour les besoins d'une instance devant la Commission. Leur collecte et utilisation à cette fin est autorisée en vertu des paragraphes 34(1) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Pour de plus amples renseignements sur la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le bureau de la vice-présidence régionale de la Commission ou appeler, sans frais, le 1 800 461-2036.

*Veuillez transmettre cette formule, par télécopieur, au bureau de la vice-présidence régionale de la Commission ou appeler le 1 800 461 -2036, sans frais, pour obtenir de l'aide.*