



Veillez écrire lisiblement en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

1. Nom de la personne malade (*nom et prénom*) : _____
2. Sexe : _____
3. Établissement psychiatrique : _____
4. Adresse personnelle : _____

5. Date et lieu de naissance : _____
6. Profession : _____
7. Nom de l'employeur : _____
8. Adresse de l'employeur : _____

9. Nom, adresse et numéro de téléphone de la conjointe ou du conjoint ou partenaire de la personne malade, *le cas échéant* :
Nom (*nom et prénom*) : _____
Adresse : _____

N° de téléphone : _____
10. Nom et âge des personnes à la charge de la personne malade :

	Nom (nom et prénom)	Âge
i.	_____	_____
ii.	_____	_____
iii.	_____	_____
11. Renseignements à l'égard de la personne malade :
 - a. Numéro d'assurance sociale (*si connu*) : _____
 - b. Numéro de carte Santé : _____
 - c. Si la personne malade est protégée par un autre régime d'assurance-maladie, donner le nom de la compagnie et le numéro de la police : _____

Biens immobiliers

12. Biens immobiliers dont la personne malade est propriétaire ou copropriétaire :

a. Adresse(es): _____

b. Si le bien est occupé, veuillez indiquer la relation avec l'occupant : _____

13. Si le bien de la personne malade a été loué, veuillez fournir les renseignements suivants :

a. Nom de la ou du locataire : _____

b. Adresse de la ou du locataire, si différente de celle indiquée ci-dessus : _____

c. Personne à qui a été versé le loyer : _____

14. Revenu actuel et sources de revenu de la personne malade (*si connus, p. ex. POSPH, PC, PMO, pensions, etc.*) :

Source de revenu	Montant	Source de revenu	Montant

15. Compte(s) bancaire(s) de la personne malade (*si connu(s)*) :

a. Succursale : _____

b. Numéro de compte : _____

c. Compte en commun ou personnel : _____

16. Montant à la disposition de la personne malade (*si connu*) : _____

17. Dettes connues de la personne malade (*p. ex. hypothèques, cartes de crédit, marge de crédit*) : _____

18. Tout autre bien connu appartenant à la personne malade (*véhicules, motoneiges, etc.*) :

19. La personne malade a-t-elle un testament? Non Oui (veuillez indiquer où il se trouve) _____

Nom de l'avocate ou de l'avocat (si connu) : _____

20. La personne malade a-t-elle donné une procuration relative à ses biens? Oui Non

Copie jointe? Oui Non

Coordonnées de l'avocate ou de l'avocat (si connues) :

21. Tout autre renseignement pertinent à la gestion des avoirs financiers de la personne malade, y compris tout renseignement financier exigeant une attention immédiate.

(Signature de la personne qui a rempli la formule)

(Nom en caractères d'imprimerie de la personne qui a rempli la formule)

(Adresse)

(Lien avec la personne malade)

Fait le

(jour / mois / année)