

**Requête présentée à la Commission pour
modifier ou annuler une ordonnance visée à
l'article 41.1 en vertu de l'article 39(9) de la Loi****Formule 53***Loi sur la santé mentale**Commission du consentement et de la capacité***Partie I Tous les requérants doivent remplir cette section**

(nom de l'établissement psychiatrique)

(nom au complet de la personne malade)

La Commission a pris une ordonnance visée à l'article 41.1 concernant le patient mentionné ci-dessus en date du:

(date de l'ordonnance de la Commission) J'ai joint la copie de l'ordonnance de la Commission.

Cette requête est présentée en raison:

 de changements importants dans la situation

ou

 d'une mesure temporaire visée à l'article 41.2.

Expliquez la nature des changements importants dans la situation ou la raison de la mesure temporaire. Décrivez toute requête visant à modifier ou à annuler l'ordonnance ou les ordonnances de la Commission.

Je suis

 le dirigeant responsable de l'établissement psychiatrique actuel de la personne malade,

ou

 un délégué du dirigeant responsable de l'établissement psychiatrique actuel de la personne malade.

(date)

(signature du requérant)

(nom au complet du requérant en lettres moulées)**Partie II Ces renseignements ne sont pas exigés, mais nous aideront à fixer la date de l'audience**
(ne fournir que les renseignements connus)

1. Fournissez le nom, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur d'un responsable de l'hôpital qui peut contribuer à organiser l'audience, ainsi que ceux de votre avocat ou de votre représentant (le cas échéant).

(nom du responsable de l'hôpital)

(no de téléphone)

(no de télécopieur)

_____ () _____ ()
(nom de l'avocat ou du représentant) (no de téléphone) (no de télécopieur)

2. Le nom, numéro de téléphone et numéro de télécopieur d'un avocat ou d'un représentant de la personne malade (le cas échéant)

_____ () _____ ()
(nom de l'avocat ou du représentant) (no de téléphone) (no de télécopieur)

Envoyer le formulaire rempli par télécopieur au 1 866 777-7273 ou par courriel à: ccb@ontario.ca.
Fournir un exemplaire de ce formulaire au patient.

Pour obtenir de l'aide, faites le: 1 866 777-7391
TTY/TDD: 1 877 301-0TTY(0889).

Remarque:

1. Après la signature du présent formulaire, les mesures ci-dessus doivent être prises sans tarder:
 - a) Le dirigeant responsable doit donner à la personne malade un exemplaire de ce formulaire et aviser un conseiller en matière de droits.
 - b) Le conseiller en matière de droits doit rencontrer la personne malade et lui expliquer la signification de la requête.
2. Une requête en vertu de l'article 39(9) de la Loi peut être entendue si la Commission si est convaincue qu'il y a eu des changements importants dans la situation ou si la requête est présentée en vertu de l'article 41.2 concernant des mesures temporaires contraires à une ordonnance rendue par la Commission en vertu de l'article 41.1.