

FORMULE 35

ÉTAT FINANCIER

(Règlement général – Loi sur la santé mentale, art.25)

La présente formule doit être remplie par une personne ayant une connaissance des biens du malade et doit être transmise sans délai à l'administrateur des biens par l'administrateur de l'établissement psychiatrique auquel le malade est admis.

En vertu des dispositions de la Loi sur la santé mentale, lorsque l'administrateur des biens devient curateur aux biens d'un malade, lui seul a l'autorité légale pour s'occuper des biens du malade. Dès que l'administrateur des biens cesse d'être curateur, les biens du malade sont remis à ce dernier.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(Nom et prénom du malade au complet) (Sexe)

(Établissement psychiatrique) (Adresse au complet)

(Durée de résidence dans la province) (Date de naissance)

(Lieu de naissance) (Citoyenneté)

(Profession)

(Situation de famille) - (Si marié(e), nom et adresse du conjoint)

(Si célibataire, nom et adresse du parent le plus proche)

(Nom et âge de toute personne à la charge du malade)

(Numéro d'assurance sociale du malade et numéro d'assurance vieillesse)

BIENS RÉELS

Biens du malade et hypothèques ou autres charges les grevant, le cas échéant:

(Lieu)

(Description)

Tenure à bail ou libre) (Nom et adresse des créanciers hypothécaires, le cas échéant)

(Valeur marchande des biens)

Si les biens du malade sont loués, donner les renseignements suivants:

(Nom du locataire) (Détails de la location tels que durée et conditions du bail)

(S'agit-il d'un bail écrit? Si oui, qui est en possession du document?)

(Donner son adresse)

(À qui le loyer est payé?) (Jusqu'à quelle date ?)

ASSURANCES : VIE, ACCIDENT, INVALIDITÉ, PROTECTION DU REVENU

Nom de la compagnie	Numéro de la police ou du certificat	Montant de l'assurance	Personne en possession de la police.	S'agit-il d'une assurance collective (oui ou non)
---------------------	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------------	---

PENSION OU PENSION DE RETRAITE

Si le malade reçoit une pension ou une pension de retraite, en donner les détails:

BIENS PERSONNELS

Espèces en main, en banque et en dépôts de sûreté:

(Nom et adresse de la personne en possession des espèces)

(Montant – si elles sont déposées dans une banque, nom et adresse de la succursale)

(Nom de la personne en possession du livret de banque/montant dans le compte de banque)

(S'il s'agit d'un compte conjoint, nom et adresse du propriétaire conjoint)

(Si le malade a un coffret de sécurité, donner le lieu ainsi que le nom et l'adresse de la personne en possession des clés)

ACTIONS, OBLIGATIONS ET AUTRES PLACEMENT SIMILAIRES

<u>Nom des valeurs</u>	<u>Valeur au pair</u>	<u>Personne en possession</u>
<hr/>		

BIENS PERSONNELS

(Donner les valeurs approximatives)

(Instruments aratoires)

(Stocks)

(Bétail) (Produits agricoles)

(Véhicules à moteur)

(Autres biens ou revenus, le cas échéant)

FONDS GARANTIS PAR HYPOTHÈQUE

(Nom et adresse des débiteurs hypothécaires qui ont emprunté des fonds du malade, donner les détails pour chaque hypothèque)

(Nom et adresse de la personne en possession des hypothèques)

CRÉANCES COMPTABLES ET BILLETS À ORDRE DUS AU MALADE

(Noms et adresses des débiteurs)

(Nom et adresse de la personne en possession desdits billets)

ÉLÉMENTS DU PASSIF, LE CAS ÉCHÉANT, AUTRES QUE LES DETTES HYPOTHÉCAIRES

DIVERS

Le malade a-t-il un testament? Oui Non

(Si oui, nom et adresse de la personne qui en est en possession)

Fait le _____, 20_____.

Signature de la personne qui remplit la formule

Lien avec le malade

Nom de la personne qui remplit la formule (imprimé)

Adresse de la personne qui remplit la formule (imprimé)

L'administrateur de l'établissement psychiatrique doit conserver une copie de cette formule et en transmettre une autre à l'administrateur des biens, que le malade possède ou non des biens.