

# Soins communautaires supervisés - Formulaire d'annulation et d'expiration - Loi sur la santé mentale, Partie II.I



Une copie du formulaire d'annulation et d'expiration doit être envoyée aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230.

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ DN(MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motif d'annulation du plan de soins communautaires supervisés (*sélectionner une réponse*) :

- Vu qu'un plan de soins communautaires supervisés a été mis en œuvre pour \_\_\_\_\_ (*nom de la personne*) en date du \_\_\_\_\_ (*date*), et que ledit plan est parvenu à échéance, sans que la Commission de recours ne l'ait renouvelé dans un délai d'un an à compter de la date de mise en œuvre, le plan de soins communautaires supervisés n'est plus en vigueur.

OU

- Vu qu'un plan de soins communautaires supervisés a été mis en œuvre pour \_\_\_\_\_ (*nom de la personne*) en date du \_\_\_\_\_ (*date*), je suis d'avis que la personne n'a plus besoin de son plan, étant donné qu'il ne répond plus aux critères.

OU

- Vu qu'un plan de soins communautaires supervisés a été élaboré, révisé et mis en œuvre pour \_\_\_\_\_ (*nom de la personne*) en date du \_\_\_\_\_ (*date*), et que ladite personne a demandé l'annulation de son plan 30 jours après la réception de l'avis, le \_\_\_\_\_ (*date*). À ce titre, le plan de soins communautaires supervisés n'est plus en vigueur.

(NOTES DU / DE LA PSYCHIATRE)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

