Ministère de la Santé

Ontario

Formule 22

Loi sur la santé mentale

État des finances
Article 55 de la Loi

☐ Question financière urgente

Veuillez 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 : _____

   _____

   Nº 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 :

    _____

    _____

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

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)

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023