

GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP ACT

**GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP
FORMS REGULATIONS**

R-049-97

In force July 1, 1997

INCLUDING AMENDMENTS MADE BY

LOI SUR LA TUTELLE

**RÈGLEMENT SUR LES
FORMULES RELATIVES À LA
TUTELLE**

R-049-97

En vigueur le 1^{er} juillet 1997.

MODIFIÉ PAR

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared by Legislation Division, Department of Justice, for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette*.

Copies of this consolidation and other Government of the Northwest Territories publications can be obtained at the following address:

Canarctic Graphics
5102-50th Street
P.O. Box 2758
Yellowknife NT X1A 2R1
Telephone: (867) 873-5924
Fax: (867) 920-4371

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire par les Affaires législatives du ministère de la Justice. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* ont force de loi.

On peut également obtenir des copies de la présente codification et d'autres publications du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en communiquant avec :

Canarctic Graphics
5102, 50^e Rue
C.P. 2758
Yellowknife NT X1A 2R1
Téléphone : (867) 873-5924
Télécopieur : (867) 920-4371

**GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP
FORMS REGULATIONS**

The Commissioner, on the recommendation of the Minister responsible for the Department of Health and Social Services and the Minister of Justice, under section 64 of the *Guardianship and Trusteeship Act*, S.N.W.T. 1994, c.29, and every enabling power, makes the *Guardianship and Trusteeship Forms Regulations*.

1. (1) In this section, "Act" means the *Guardianship and Trusteeship Act*.

(2) The prescribed form of the report that must accompany

- (a) an application for a guardianship order under subsection 2(2) of the Act,
- (b) an application for a trusteeship order under subsection 27(1) of the Act, or
- (c) an application for a declaration of mental incompetency under subsection 27(2) of the Act,

is set out in Form 1 of the Schedule.

2. These regulations come into force on July 1, 1997.

**RÈGLEMENT SUR LES FORMULES
RELATIVES À LA TUTELLE**

Le commissaire, sur la recommandation du ministre responsable du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministre de la Justice, en vertu de l'article 64 de la *Loi sur la tutelle*, L.T.N.-O. 1994, ch. 29 et de tout pouvoir habilitant, prend le *Règlement sur les formules relatives à la tutelle*.

1. (1) Dans le présent règlement, «Loi» s'entend de la *Loi sur la tutelle*.

(2) Le rapport, dans sa forme réglementaire établie à l'annexe 1, doit accompagner l'une ou l'autre des demandes suivantes :

- a) la demande d'ordonnance de tutelle en vertu du paragraphe 2(2) de la Loi;
- b) la demande d'ordonnance portant nomination d'un fiduciaire en vertu du paragraphe 27(1) de la Loi;
- c) la demande de déclaration d'incapacité mentale en vertu du paragraphe 27(2) de la Loi.

2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 1997.

SCHEDULE

FORM 1

(Section 1)

IN THE SUPREME COURT OF THE NORTHWEST TERRITORIES

**IN THE MATTER of the Guardianship and
Trusteeship Act, S.N.W.T. 1994, c.29**

**AND IN THE MATTER of an application for an
Order for the appointment of a Guardian and/or a
Trustee of _____**

ASSESSMENT REPORT

This report has been prepared by _____ pursuant to subsection 2(2) of the
(name)

Guardianship and Trusteeship Act (for guardianship order) and section 29 of the *Guardianship and Trusteeship Act* (for trusteeship order). This report is submitted in support of an application for guardianship and/or trusteeship order for _____.

The information contained in this assessment report has been obtained directly and/or indirectly from various individuals who are knowledgeable about the circumstances of _____.

The following items are attached as appendices to this report to provide the Court with more detailed information:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

I. GENERAL PERSONAL INFORMATION

1. Assessed Person

First Name: _____
 Middle Name(s): _____
 Last Name: _____
 Maiden Name: _____
 Nicknames: _____
 Address: _____
 Community: _____
 Province or Territory: _____ Postal Code _____
 Telephone Number (_____) _____
 Date of Birth: _____
 Place of Birth: _____
 Citizenship: _____
 Religion: _____

Sex: Male Female

Marital Status:

Married Separated Common-Law
 Widowed Divorced Single

Name of Spouse: _____

2. Current Caregiver: (Individual, institution or agency providing primary care and assistance to the assessed person.)

Name of individual, institution or agency: _____

Address: _____

Community: _____

Province or Territory: _____

Postal Code: _____ Telephone Number: (____) _____

Relationship to this person:

Spouse Sibling Parent Friend
 Child Grandparent Grandchild

Other: (Explain) _____

Nearest Relative:

Name: _____

Relationship: _____

Address: _____

Community: _____

Province or Territory: _____

Postal Code: _____ Telephone Number:(____) _____

Further comments, if any: _____

II. ASSESSMENT INFORMATION

1. Physical Assessment

a) Mobility

Is this person:

- Fully independent
- Independent with cane, walker, etc.
- Requiring of some assistance
- Wheelchair - independent
- Wheelchair - requiring assistance
- Confined to bed, or bed to chair only

Further comments, if any: _____

b) Communication

Language of Communication:

	Primary	Secondary
<input type="checkbox"/> Chipewyan	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cree	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dogrib	_____	_____
<input type="checkbox"/> English	_____	_____
<input type="checkbox"/> French	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inuinnaqtun	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inuktitut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inuvialuktun	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gwich'in	_____	_____
<input type="checkbox"/> North Slavey	_____	_____
<input type="checkbox"/> South Slavey	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other	_____	_____

Is this person able to:

- i) Communicate verbally and be understood? Yes Limited No
- ii) Hear and understand communication from others? Yes Limited No
- iii) Make needs known? Yes Limited No
- iv) Express abstract ideas? Yes Limited No
- v) Read? Yes Limited No
- vi) Write? Yes Limited No
- vii) Use sign language or symbols? Yes Limited No
- viii) Communicate through other means? Yes Limited No

If this person communicates through other means, please explain: _____

c) Memory Retention

Is this person able to:

- i) Recall information from an hour ago? Yes Limited No

- ii) Recall information from 24 hours ago? Yes Limited No
- iii) Recall information from a week ago? Yes Limited No
- iv) Recall events from long ago? Yes Limited No

Further comments, if any: _____

d) Vision

Does this person have adequate vision with or without corrective lenses? Yes Limited No

If "no", please explain: _____

e) Activities of Daily Living

Is this person physically capable to carry out the following activities of daily living:

- i) Wash hands and face? Yes Limited No
- ii) Shower? Yes Limited No
- iii) Bathe? Yes Limited No
- iv) Brush or comb hair? Yes Limited No
- v) Brush teeth? Yes Limited No
- vi) Dress himself or herself? Yes Limited No
- vii) Feed himself or herself? Yes Limited No
- viii) Prepare meals? Yes Limited No

If "limited", please explain: _____

f) Household Chores

Is this person able to carry out the following household chores:

- i) Do dishes? Yes Limited No
- ii) Do laundry? Yes Limited No

- iii) Make beds? Yes Limited No
- iv) Use a broom or mop? Yes Limited No
- v) Recognize household safety hazards? Yes Limited No

If "limited", please explain: _____

g) Physical Aids

Is this person provided with any of the following necessary physical aids:

- i) Eye glasses or contact lenses? Yes No
- ii) Walking Aids? Yes No
- iii) Hearing Aids? Yes No
- iv) Dentures? Yes No
- v) Other physical aids? Yes No

If "yes" for v), please explain: _____

Does this person require any of the above physical aids that are not being provided? Yes No

If "yes", please explain: _____

h) Medications

Is this person currently taking medication? Yes No

If "yes", please list the drugs that are being administered and what they are for: _____

Prognosis

Are any changes expected in this person's physical abilities? Yes No

If "yes", please explain: _____

2. Mental Assessment

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| a) Is this person fully aware of his or her surroundings? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| b) Is this person fully aware of time? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| c) Does this person remember and follow simple directions? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| d) Does this person recognize friends and relatives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| e) Does this person respond to his or her name? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| f) Is this person behaving violently towards another individual or causing another individual to fear bodily harm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| g) Has this person behaved violently towards another individual or caused another individual to fear bodily harm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

Prognosis

Are any changes expected in this person's mental capacity? Yes No

If "yes", please explain: _____

3. Health Care

Does this person:

- | | Yes | Occasionally | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Participate in own care and treatment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Inform the appropriate person about health problems? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) Make and keep medical appointments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Agree to whatever treatment is suggested by doctors and others? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| e) Understand the risks and benefits of treatments, when explained? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

4. Social Assessment

- | | Yes | Occasionally | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Does this person participate in social activities outside the home? (e.g. attend church, bingo, cultural gatherings, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Does this person have visitors to his or her residence? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) Does this person make and keep friends? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- | | Yes | Occasionally | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Does this person recognize persons whom he or she sees frequently? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- e) Does this person express preferences with regard to whom he or she wishes to socialize with and act on these preferences?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- f) Does this person recognize situations of potential abuse and avoid or change these situations?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- g) Does this person exhibit inappropriate social behaviour?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- h) Is this person easily led by others regardless of the consequences?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- i) Can this person function in a familiar environment?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

- j) Can this person function outside a familiar environment?
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | Occasionally | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

Prognosis

- Are any changes expected in this person's social behaviour?
- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
|--|------------------------------|-----------------------------|

If "yes", please explain: _____

5. Living Arrangements

- a) Does this person live:
- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alone | <input type="checkbox"/> With relatives | <input type="checkbox"/> With friends |
| <input type="checkbox"/> Group home | <input type="checkbox"/> Special care facility | |

- Enriched housing (apartment with access to central services, e.g., meals, activities, etc.)
- Long term care in hospital
- Personal care home
- Psychiatric care facility
- Other _____

Describe: (e.g. Name of facility, number and relationship of other occupants, cooking and living arrangements, etc.)_____

b) Is this person satisfied with current living arrangements?

- Satisfied Somewhat dissatisfied Dissatisfied

Explain:_____

c) If different living arrangements are planned, is this person satisfied with the arrangements?

- Satisfied Somewhat dissatisfied Dissatisfied

Explain:_____

d) Is this person able to access community supports independently? (e.g. ambulance, taxi, etc.)

- Yes Occasionally No

Explain: _____

e) Are this person's statements about current living situations consistent with reality?

- Frequently Occasionally No

Explain: _____

f) Is this person's current living situation the least restrictive alternative?

- Yes No

Explain: _____

g) Is this person aware of other suitable residential alternatives?

- Yes Limited No

Explain: _____

6. Education Assessment (Education includes any formal or informal training or education.) Indicate highest level completed.

a) Post-secondary education, years completed:

- 1 2 3 4 5 6 7

b) Degree/diploma received: _____

c) Elementary or secondary education, highest grade completed:

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

d) No formal education

e) Other training completed: _____

f) Is this person capable of participating in an educational, vocational or training program?

Yes Limited No

Explain: _____

g) Is this person aware of educational alternatives?

Yes Limited No

Explain: _____

7. Employment Assessment (Employment means any activity for which a wage is paid.)

a) Work experience: (List the last three positions held by this person, beginning with most recent position, including self-employment, employment for wages or salary and professional or business undertakings.)

Location of Employment	Duties	Period of Time Employed	Reason for Leaving
1			
2			
3			

b) Describe any educational or training program in which this person is currently engaged.

c) Does this person show interest in a line of work commensurate with his or her present ability?

Yes No

Explain: _____

d) Is this person capable of becoming involved in work activity?

Yes Limited No

Explain: _____

e) Does this person work safely?

Yes Limited No

Explain: _____

f) Does this person understand wages and benefits?

Yes Limited No

Explain: _____

g) Is this person aware of work alternatives?

Yes Limited No

Explain: _____

8. Legal issues

a) Does this person hold or require any licences or permits, etc.?

Yes No

If "yes", please indicate: _____

b) Does this person understand that it is wrong to assault someone or for someone to assault him or her?

Always Sometimes Seldom Never

Explain: _____

c) Does this person understand that it is wrong for him or her to steal or for someone to steal from him or her?

Always Sometimes Seldom Never

Explain: _____

d) Does this person lie on a regular basis?

Yes No

If "yes", does this person recognize this behaviour as lying? Yes No

Explain: _____

e) Which statement best describes this person's understanding of the implications of signing legal documents:

- signs document after appropriate consideration
- requires interpretation or assistance
- does not give appropriate consideration to document before signing

Explain: _____

f) Is this person's property currently managed by: Himself/Herself
 Public Trustee
 Other Individual

If other individual:

Name: _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Relationship: _____

g) Source of authority for "other individual" named above:

- court order
- power of attorney
- informal arrangement
- other: _____

h) Is this person satisfied with the current management of his or her property and any proposed changes to the management of his or her property?

- Yes No

Explain: _____

9. Financial Understanding

a) Does this person:

- i) understand the relative value of money?
(e.g. what 25 cents will buy, what \$10 will buy)

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No
- ii) pay his or her own bills?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No
- iii) know what his or her income is?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No
- iv) know what his or her expenses are?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No
- v) know what property he or she owns?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No
- vi) show awareness of what his or her obligations or liabilities are?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Frequently
<input type="checkbox"/> Occasionally	<input type="checkbox"/> No

b) Describe this person's spending habits:

Further comments, if any: _____

10. Assets and Income

a) Provide details of assets that this person may have:

- i) bank accounts \$ _____
- ii) land and homes \$ _____
- iii) other items (e.g. snowmobiles, cars, trucks, boats, etc.) \$ _____

Details and location of land and other assets: _____

b) Current income sources:

Source _____	Amount \$ _____
Source _____	Amount \$ _____
Source _____	Amount \$ _____

c) List any other potential sources of income: _____

11. Financial Needs

Explain any present or future expenses that this person has or will have and advise whether these will require any special consideration: _____

III. DECISION MAKING ABILITY

1. Physical Care

a) Does this person have the ability by himself or herself or with assistance to understand information that is relevant to making a decision concerning his or her own:

	<u>By himself/herself</u>		<u>With assistance</u>	
i) Health care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
ii) Nutrition	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
iii) Shelter	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
iv) Clothing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
v) Hygiene	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
vi) Safety	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

b) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequences of:

- i) Not obtaining required medical treatment? Yes No
- ii) Not eating meals that provide adequate nutrition? Yes No
- iii) Living in a shelter that is not adequate for the current weather conditions? Yes No

- iv) Not wearing clothing that is adequate for the current weather conditions? Yes No
- v) Not attending to personal hygiene on a daily basis? Yes No
- vi) Not protecting himself or herself from physical or bodily harm? Yes No

Examples, if any: _____

2. Financial Management

- a) Does this person understand information that is relevant to making a decision concerning his or her financial affairs? Yes No
- b) If this person receives explanation and assistance, is he or she able to understand information that is relevant to making a decision concerning his or her financial affairs? Yes No
- c) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision concerning his or her financial affairs or the lack of such a decision? Yes No
- d) If this person receives explanation and assistance, is he or she able to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision concerning his or her financial affairs or the lack of such a decision? Yes No
- e) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequence of not protecting his or her property from damage or destruction? Yes No

Other comments, if any: _____

IV. SUBSTANTIAL BENEFIT

- a) Is this person dependent on helpers, friends or relatives when decisions need to be made?
 Yes No Limited

Explain: _____

- b) Is there a social support system (e.g. friends, family, etc.) available to assist this person with decision making?

Yes No Limited

Explain: _____

c) Do the decisions made with or by the support system referred to in b) above meet this person's needs and ensure a good quality of life? (e.g. this person gets adequate medical care, is not at risk of abuse, neglect or victimization, etc.)

Yes No Limited

Explain: _____

d) Have there been any instances of abuse, neglect or victimization?

Yes No Limited

Explain: _____

e) Are there any imminent risks of physical or mental harm coming to this individual if a guardian or a trustee is not appointed?

Yes No Limited

Explain: _____

f) What services are not available because of the lack of guardian and/or trustee?

Explain: _____

g) Is this person aware that a guardianship/trusteeship application may be made?

Yes No

If yes, how did the person become aware and what was his or her response?

Explain: _____

h) In your opinion will the granting of the following provide a substantial benefit to this person?

i) Guardianship Order: Yes No

ii) Trusteeship Order: Yes No

Explain: _____

V. PREFERRED GUARDIAN AND/OR TRUSTEE

a) Has this person expressed a preference for any individual to be his or her **Guardian**? Yes No

If "yes", please provide the following information in respect of that individual:

Name: _____
 First Name Last Name
Address: _____
Telephone Number: _____
Relationship to this person: _____

b) Has this person expressed a preference for any individual to be his or her **Trustee**? Yes No

If "yes", please provide the following information in respect of that individual:

Name: _____
 First Name Last Name
Address: _____
Telephone Number: _____
Relationship to this person: _____

VI. OTHER PERTINENT INFORMATION

1. Is there any other information pertinent to assessing the competency of this person that has not been addressed in this information report?

Yes No

If "yes", please explain: _____

2. Information on person preparing report:

The information provided in this report is true to the best of my knowledge, information and belief.

Name

Signature

Professional Status or Occupation

Address

Community

Postal Code

Date of Completion

**IN THE SUPREME COURT
OF THE NORTHWEST TERRITORIES**

**IN THE MATTER of the
Guardianship and Trusteeship
Act, S.N.W.T. 1994, c.29**

**AND IN THE MATTER of an
application for an Order for the
appointment of a Guardian and/or
a Trustee of _____**

ASSESSMENT REPORT

*(Insert name and address of Applicant/Petitioner,
solicitor or agent)*

ANNEXE

FORMULE 1

(article 1)

COUR SUPRÊME DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

**DANS L’AFFAIRE de la Loi sur la tutelle,
L.T.N.-O. 1994, ch. 29**

**ET DANS L’AFFAIRE de la demande
d’ordonnance portant nomination du tuteur ou du
fiduciaire, ou des deux, de _____**

RAPPORT D’ÉVALUATION

Le présent rapport a été rédigé par _____ en application du paragraphe 2(2)
(*nom et profession*)

(pour une ordonnance de tutelle) et de l’article 29 de la *Loi sur la tutelle* (pour une ordonnance portant nomination d’un fiduciaire). Le présent rapport est soumis à l’appui d’une demande d’ordonnance de tutelle ou d’ordonnance portant nomination du fiduciaire, ou des deux, de _____.

Les renseignements contenus au présent rapport ont été obtenus directement et indirectement de différentes personnes qui connaissent _____.

Les éléments suivants sont annexés au présent rapport afin d’apporter de plus amples détails au tribunal :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Personne évaluée

Prénom : _____
Deuxième prénom : _____
Nom de famille : _____
Nom de jeune fille : _____
Surnom : _____
Adresse : _____
Collectivité : _____
Province ou territoire : _____ Code postal _____
Numéro de téléphone (____) _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Citoyenneté : _____
Religion : _____

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille :

Marié(e) Séparé(e) Conjoint de fait
 Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Nom du conjoint : _____

2. Prestataire de soins actuel : (Personne, établissement ou organisme prestataire des soins primaires et de l'aide à la personne évaluée)

Nom de la personne, de l'établissement ou de l'organisme : _____

Adresse : _____

Collectivité : _____

Province ou territoire : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone : (____) _____

Lien de parenté avec la personne évaluée :

Conjoint Frère ou soeur Père ou mère Ami(e)
 Enfant Grand-parent Petit-fils ou petite-fille

Autre : (Expliquez) _____

Parent le plus proche :

Nom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Collectivité : _____

Province ou territoire : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone : (____) _____

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : _____

II. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ÉVALUATION

1. Évaluation physique

a) Mobilité

La personne évaluée :

- est totalement autonome
- est autonome avec une canne, une marchette, etc.
- nécessite de l'aide dans ses déplacements
- est en chaise roulante et autonome
- est en chaise roulante et nécessite de l'aide dans ses déplacements
- est alitée ou ne se déplace que du lit à une chaise

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : _____

b) Communication

Langue de communication :

	Maternelle	Seconde
<input type="checkbox"/> chipewyan	_____	_____
<input type="checkbox"/> cri	_____	_____
<input type="checkbox"/> dogrib	_____	_____
<input type="checkbox"/> anglais	_____	_____
<input type="checkbox"/> français	_____	_____
<input type="checkbox"/> inuinnaqtun	_____	_____
<input type="checkbox"/> inuktitut	_____	_____
<input type="checkbox"/> inuvialuktun	_____	_____
<input type="checkbox"/> gwich'in	_____	_____
<input type="checkbox"/> esclave du Nord	_____	_____
<input type="checkbox"/> esclave du Sud	_____	_____
<input type="checkbox"/> autre	_____	_____

La personne évaluée est-elle capable :

- i) de communiquer verbalement et d'être comprise? Oui Limitée Non
- ii) d'entendre et de comprendre les autres? Oui Limitée Non
- iii) de faire connaître ses besoins? Oui Limitée Non

- iv) d'exprimer des idées abstraites? Oui Limitée Non
- v) de lire? Oui Limitée Non

- vi) d'écrire? Oui Limitée Non
- vii) d'utiliser le langage gestuel ou des symboles? Oui Limitée Non
- viii) de communiquer par d'autres moyens? Oui Limitée Non

Si la personne évaluée communique par d'autres moyens, veuillez expliquer lesquels : _____

c) Mémorisation

La personne évaluée est-elle apte à :

- i) se souvenir de renseignements d'une heure auparavant? Oui Limitée Non
- ii) se souvenir de renseignements de 24 heures auparavant? Oui Limitée Non
- iii) se souvenir de renseignements d'une semaine auparavant? Oui Limitée Non
- iv) se souvenir d'événements survenus il y a longtemps? Oui Limitée Non

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : _____

d) Vue

La personne évaluée a-t-elle une vue suffisante avec ou sans lentilles correctrices?

- Oui Limitée Non

Si «non», veuillez détailler : _____

e) Activités quotidiennes

La personne évaluée est-elle physiquement apte à accomplir les tâches quotidiennes suivantes :

- i) se laver les mains et le visage? Oui Limitée Non
- ii) prendre une douche? Oui Limitée Non
- iii) prendre un bain? Oui Limitée Non

- iv) se brosser ou se peigner les cheveux? Oui Limitée Non
- v) se brosser les dents? Oui Limitée Non
- vi) s'habiller? Oui Limitée Non
- vii) se nourrir? Oui Limitée Non
- viii) préparer des repas? Oui Limitée Non

Si «limitée», veuillez expliquer : _____

f) Corvées domestiques

La personne évaluée est-elle apte à exécuter les corvées domestiques suivantes :

- i) faire la vaisselle? Oui Limitée Non
- ii) faire sa lessive? Oui Limitée Non
- iii) faire son lit? Oui Limitée Non
- iv) utiliser un balai ou une vadrouille? Oui Limitée Non
- v) reconnaître les risques d'accidents ménagers? Oui Limitée Non

Si «limitée», veuillez expliquer : _____

g) Aides physiques

Les besoins physiques suivants nécessaires à la personne évaluée sont-ils comblés :

- i) lunettes ou lentilles de contact? Oui Non
- ii) aides à la marche? Oui Non
- iii) prothèses auditives? Oui Non
- iv) prothèses dentaires? Oui Non
- v) autres aides physiques? Oui Non

Si «oui» à la réponse v), veuillez détailler : _____

La personne évaluée a-t-elle besoin de l'une ou l'autre des aides physiques mentionnées ci-dessus et dont elle ne dispose pas encore?

Oui Non

Si «oui», veuillez expliquer : _____

h) Médicaments

La personne évaluée prend-elle actuellement des médicaments?

Oui Non

Si «oui», donnez-en la liste et indiquez à quoi ils servent : _____

Pronostic

Des modifications dans les aptitudes physiques de la personne évaluée sont-elles à prévoir?

Oui Non

Si «oui», veuillez expliquer : _____

2. Évaluation mentale

a) La personne évaluée est-elle consciente de son environnement?

Oui Parfois Non

Remarques : _____

b) La personne évaluée a-t-elle la notion du temps?

Oui Parfois Non

Remarques : _____

c) La personne évaluée se souvient-elle et suit-elle

Oui Parfois Non

de simples instructions?

Remarques : _____

- d) La personne évaluée reconnaît-elle ses amis et sa famille? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- e) La personne évaluée répond-elle à l'appel de son nom? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- f) La personne évaluée a-t-elle un comportement violent envers une autre personne ou lui fait-elle craindre des lésions corporelles? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- g) La personne évaluée a-t-elle déjà eu un comportement violent envers une autre personne ou lui a-t-elle fait craindre des lésions corporelles? Oui Parfois Non

Remarques : _____

Pronostic

- Des modifications dans les capacités mentales de la personne sont-elles à prévoir? Oui Non

Si «oui», veuillez expliquer : _____

3. Soins médicaux

La personne évaluée :

- a) se prodigue-t-elle ses propres soins ou traitements? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- b) informe-t-elle la personne compétente relativement à ses problèmes de santé? Oui Parfois Non

Remarques : _____

c) prend-elle et tient-elle ses rendez-vous médicaux? Oui Parfois Non

Remarques: _____

d) est-elle d'accord avec le traitement quel qu'il soit, préconisé notamment par un médecin? Oui Parfois Non

Remarques : _____

e) comprend-elle les risques et les avantages des traitements lorsqu'ils lui sont expliqués? Oui Parfois Non

Remarques : _____

4. Évaluation sociale

a) La personne évaluée participe-t-elle à des activités sociales en dehors de son foyer (messe, bingo, rencontres culturelles, etc.)? Oui Parfois Non

Remarques : _____

b) La personne évaluée reçoit-elle des visiteurs à son foyer? Oui Parfois Non

Remarques : _____

c) La personne évaluée se fait-elle des amis et les garde-t-elle? Oui Parfois Non

Remarques : _____

d) La personne évaluée reconnaît-elle les personnes qu'elle voit souvent? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- e) La personne évaluée exprime-t-elle des préférences quant aux personnes qu'elle veut fréquenter et agit-elle en fonction de ces préférences? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- f) La personne évaluée reconnaît-elle les situations d'abus potentiel et évite-t-elle ou modifie-t-elle ces situations? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- g) La personne évaluée a-t-elle un comportement social inapproprié? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- h) La personne évaluée se laisse-t-elle facilement mener par les autres, indifféremment des conséquences? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- i) La personne évaluée peut-elle évoluer dans un environnement connu? Oui Parfois Non

Remarques : _____

- j) La personne évaluée peut-elle évoluer dans un environnement inconnu? Oui Parfois Non

Remarques : _____

Pronostic

- Des modifications du comportement social de la personne évaluée sont-ils à prévoir? Oui Non

Si «oui», veuillez expliquer : _____

5. Conditions de logement

- a) La personne évaluée vit :

- seule avec de la parenté avec des amis
 en foyer collectif en établissement de soins spéciaux

- en appartement avec services compris (appartement avec accès à des services centraux, tels que repas, activités, etc.)
- dans un centre hospitalier de longue durée
- en foyer de soins personnels
- en établissement de soins psychiatriques
- autre _____

Décrivez : (par ex. nom de l'établissement, nombre d'occupants et lien de parenté entre ceux-ci, conditions de logement et de préparation des repas, etc.) _____

b) La personne évaluée est-elle satisfaite de ses conditions de logement actuelles?

- Satisfaite Quelque peu insatisfaite Insatisfaite

Expliquez : _____

c) Si d'autres conditions de logement sont prévues, la personne évaluée est-elle satisfaite de celles-ci?

- Satisfaite Quelque peu insatisfaite Insatisfaite

Expliquez : _____

d) La personne évaluée a-t-elle accès, de manière indépendante, à du soutien communautaire? Oui Limitée Non
(par ex. ambulance, taxi, etc.)

Expliquez : _____

- e) Les déclarations de la personne évaluée relativement à ses conditions de logement présentes concordent-elles avec la réalité? Souvent Parfois Non

Expliquez : _____

- f) Les conditions actuelles de logement de la personne évaluée correspondent-elles à la solution la moins contraignante? Oui Non

Expliquez : _____

- g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres solutions résidentielles convenables? Oui Limitée Non

Expliquez : _____

6. Évaluation de l'éducation (l'éducation comprend toute forme d'éducation). Préciser le plus haut niveau réussi.

- a) Éducation postsecondaire, années réussies :

1 2 3 4 5 6 7

- b) Diplôme reçu : _____

- c) Éducation élémentaire ou secondaire, plus haute année réussie :

1 2 3 4 5 6 7 9 10 11 12

- d) Pas d'éducation formelle

- e) Autre formation : _____

- f) La personne évaluée est-elle apte à participer à un programme éducationnel, professionnel ou de formation? Oui Limitée Non

Expliquez : _____

- g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres possibilités éducationnelles? Oui Limitée Non

Expliquez : _____

7. Renseignements sur l'emploi (emploi s'entend d'une activité pour laquelle la personne évaluée est rémunérée)

- a) Expérience de travail : (faites la liste des 3 derniers emplois occupés en commençant par le plus récent, y compris les emplois à son propre compte, les emplois rémunérés, les entreprises ou commerces)

Lieu de l'emploi	Fonctions	Périodes d'emploi	Raisons du départ
1			
2			
3			

- b) Décrivez tout programme éducationnel ou de formation dans lequel la personne évaluée est actuellement inscrite.

c) La personne évaluée est-elle intéressée par un type d'emploi correspondant à ses capacités actuelles? Oui Non

E x p l i q u e z :

d) La personne évaluée est-elle capable de s'investir dans un travail? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :

e) La personne évaluée travaille-t-elle de manière sécuritaire? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :

f) La personne évaluée comprend-elle les notions de salaire et d'avantages sociaux? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :

g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres solutions en matière de travail? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :

8. Questions juridiques

a) La personne évaluée détient-elle ou doit-elle posséder notamment des licences ou des permis?

Oui Non

Si «oui», veuillez détailler : _____

b) La personne évaluée comprend-elle que d'agresser quelqu'un ou de se faire agresser par quelqu'un constituent une faute?

- Toujours Parfois Rarement Jamais

E x p l i q u e z :

c) La personne évaluée comprend-elle que voler quelqu'un ou le fait de se faire voler par quelqu'un constituent une faute?

- Toujours Parfois Rarement Jamais

E x p l i q u e z :

d) La personne évaluée ment-elle régulièrement? Oui Non

Si «oui», reconnaît-elle qu'elle ment? Oui Non

E x p l i q u e z :

e) Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la compréhension de la personne évaluée quant aux conséquences de la signature de documents juridiques :

- signe les documents après étude appropriée
- a besoin d'une interprétation ou d'une aide
- n'étudie pas de manière appropriée les documents avant de les signer

Expliquez : _____

- f) Les biens de la personne évaluée sont actuellement gérés par : elle-même
 le curateur public
 une autre personne

S'il s'agit d'une autre personne :

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Lien de parenté : _____

- g) D'où provient l'autorité de l'autre personne ci-dessus mentionnée :

- ordonnance du tribunal
 mandat
 arrangement non officiel
 a u t r e :

- h) La personne évaluée est-elle satisfaite de la manière dont sont gérés ses biens et de toute proposition de modification quant à cette manière de gérer? Oui Non

E x p l i q u e z :

9. Compréhension financière

- a) La personne évaluée :

- i) comprend-elle la valeur relative de l'argent?
(par ex. le pouvoir d'achat de 25 cents ou de 10 \$) Oui Souvent
 Parfois Non
- ii) paie-t-elle ses propres factures? Oui Souvent
 Parfois Non
- iii) connaît-elle le montant de son revenu? Oui Souvent
 Parfois Non
- iv) connaît-elle le montant de ses dépenses? Oui Souvent
 Parfois Non

- v) sait-elle de quels biens elle est propriétaire? Oui Souvent
 Parfois Non
- vi) est-elle consciente de ce que sont ses dettes ou obligations? Oui Souvent
 Parfois Non

b) Décrivez les habitudes de dépenses de la personne évaluée :

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu :

10. Actif et revenu

- a) Fournissez des détails sur les éléments d'actif que la personne évaluée semble posséder :
- i) comptes bancaires _____ \$
 - ii) terres et maisons _____ \$
 - iii) autres éléments (ex. motoneiges, voitures, camions, bateaux, etc.) _____ \$

Détails et localisation des terres et autres éléments d'actif : _____

b) Sources de revenus actuels :

Source _____	Montant _____	\$
Source _____	Montant _____	\$
Source _____	Montant _____	\$

c) Indiquez les autres sources de revenus possibles : _____

11. Besoins financiers

Expliquez toutes dépenses présentes ou futures de la personne évaluée et donnez votre avis quant au besoin d'une attention particulière relativement à celles-ci :

III. APTITUDE À PRENDRE DES DÉCISIONS

1. Soins physiques

- a) La personne évaluée est-elle capable par elle-même ou avec l'aide de quelqu'un de comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision concernant les éléments suivants :

	<u>Par elle-même</u>	<u>Avec de l'aide</u>
i) soins médicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ii) nutrition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
iii) hébergement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
iv) habillement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
v) hygiène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
vi) sécurité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- b) La personne évaluée est-elle capable d'apprécier les conséquences prévisibles :

i) de ne pas recevoir le traitement médical requis?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ii) de ne pas manger des repas qui apportent une nutrition appropriée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
iii) d'héberger dans un endroit qui n'est pas approprié aux conditions climatiques actuelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
iv) de ne pas porter les vêtements appropriés aux conditions climatiques actuelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
v) de ne pas maintenir quotidiennement une hygiène personnelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
vi) de ne pas se protéger contre les lésions corporelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Exemples, s'il y a lieu : _____

2. Gestion financière

- a) La personne évaluée apprécie-t-elle les renseignements lui permettant de prendre une décision concernant sa situation financière? Oui Non
- b) Si la personne évaluée reçoit des explications ou de l'aide, est-elle apte à comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision concernant sa situation financière? Oui Non
- c) La personne évaluée est-elle apte à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision concernant sa situation financière ou de l'absence d'une telle décision? Oui Non
- d) Si la personne évaluée reçoit des explications ou de l'aide, est-elle apte à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision concernant sa situation financière ou de l'absence d'une telle décision? Oui Non
- e) La personne évaluée apprécie-t-elle les conséquences raisonnablement prévisibles du manque de protection de ses biens contre les dommages ou la destruction? Oui Non

Autres remarques, s'il y a lieu : _____

IV. NET AVANTAGE

- a) La personne dépend-elle d'une aide, d'amis ou de parents pour la prise de décisions? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :

- b) Existe-t-il un réseau de soutien social (par ex. amis, famille, etc.) disponible pour aider la personne évaluée dans la prise de décisions? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z :



- c) Les décisions prises par ou avec le réseau de soutien répondent-elles aux besoins de la personne évaluée et assurent-elles une bonne qualité de vie? (par ex. la personne évaluée reçoit-elle des soins médicaux appropriés, une protection contre les mauvais traitements, la négligence ou la victimisation, etc.) Oui Limitée Non

Expliquez : _____

- d) Y-a-t-il eu des cas de mauvais traitements, de négligence ou de victimisation? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z : _____

- e) Existe-t-il des risques imminents de dommages physiques ou mentaux à l'égard de la personne évaluée si un tuteur ou un fiduciaire n'est pas nommé? Oui Limitée Non

E x p l i q u e z : _____

- f) Quels services ne sont pas disponibles du fait qu'un tuteur ou un fiduciaire n'a pas été nommé?

E x p l i q u e z : _____

- g) La personne évaluée est-elle au courant qu'une demande de nomination d'un tuteur ou d'un fiduciaire peut être faite? Oui Non

Si oui, comment la personne évaluée en a-t-elle été mise au courant et comment a-t-elle réagi?

E x p l i q u e z : _____

h) À votre avis, le fait d'accorder l'une ou l'autre des ordonnances suivantes procurera-t-il un net avantage à la personne évaluée?

i) ordonnance de tutelle : Oui Non

ii) ordonnance portant nomination d'un fiduciaire : Oui Non

E x p l i q u e z :

V. PRÉFÉRENCES

a) La personne évaluée a-t-elle indiqué une préférence Oui Non
relativement à la personne à être nommée **tuteur**?

Si «oui», veuillez fournir les renseignements suivants relativement à cette personne :

N o m :

(prénom) (nom de famille)
A d r e s s e :

N u m é r o d e t é l é p h o n e :

L i e n d e p a r e n t é a v e c l a p e r s o n n e é v a l u é e :

b) La personne évaluée a-t-elle indiqué une préférence Oui Non
relativement à la personne à être nommée **fiduciaire**?

Si «oui», veuillez fournir les renseignements suivants relativement à cette personne :

N o m :

(prénom) (nom de famille)

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Lien de parenté avec la personne évaluée : _____

VI. AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

1. Existe-t-il d'autres renseignements pertinents relativement à l'évaluation de la capacité de la personne évaluée qui n'ont pas été exposés dans le présent rapport d'évaluation?

Oui Non

Si «oui», veuillez détailler: _____

2. Renseignements relatifs à la personne qui rédige le présent rapport :

Autant que je sache les renseignements contenus dans le présent rapport sont vrais.

Nom

Signature

Statut professionnel

Adresse

Ville

Code postal

Date d'achèvement

**COUR SUPRÊME DES
TERRITOIRES DU NORD-OUEST**

**DANS L’AFFAIRE de la Loi
sur la tutelle, L.T.N.-O. 1994,
ch. 29**

**ET DANS L’AFFAIRE de la
demande d’ordonnance portant
nomination du tuteur ou du
fiduciaire, ou des deux,
de _____**

RAPPORT D’ÉVALUATION

*(inscrire les nom et adresse de l’auteur de la
demande, de l’avocat ou de son représentant)*

Printed by
Territorial Printer, Northwest Territories
Yellowknife, N.W.T./1997©

Imprimé par
l'imprimeur territorial, Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (T. N.-O.)/1997©
