

FORMULE B

Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui.

DÉCLARATION DE L'ÉVALUATEUR

DÉTERMINATION DE LA CAPACITÉ OU DE L'INCAPACITÉ

SOINS DE LA PERSONNE

Raison de l'évaluation

Une évaluation a été effectuée afin de déterminer la capacité de la personne à **prendre soin d'elle-même**, comme le définit l'article 45 de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, aux fins décrites ci-dessous :

- paragraphe 49 (2) (pour aviser le procureur des soins personnels que la personne est capable ou incapable de prendre soin d'elle-même)
- article 55 (pour fournir un élément de preuve dans le cadre d'une requête auprès d'un tribunal afin que soit nommé un tuteur à la personne, NON effectuée par voie de règlement sommaire)
- article 62 (pour fournir un élément de preuve dans le cadre d'une requête auprès d'un tribunal afin que soit nommé un tuteur temporaire pour la personne)
- article 63 (pour fournir un élément de preuve dans le cadre d'une motion présentée pour que le tribunal mette fin à la tutelle légale de la personne, NON effectuée par voie de règlement sommaire)
- article 74 (pour joindre une déclaration à une requête en nomination d'un tuteur à la personne par voie de règlement sommaire au sens de l'article 77)
- article 75 (pour joindre une déclaration à une motion en nomination d'un tuteur à la personne par voie de règlement sommaire au sens de l'article 77)
- article 79 (évaluation ordonnée par le tribunal)

Énoncé/déclaration de l'évaluateur en vertu de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*

Je _____ de _____ déclare que :
(nom de l'évaluateur), (ville)

1. Je suis un évaluateur/une évaluatrice au sens du paragraphe 1 (1) de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.
2. J'ai évalué _____ afin de déterminer si _____ est capable
(nom complet de la personne évaluée) (il/elle)
ou incapable de prendre soin de sa personne. J'ai effectué une (des)
entrevue(s) d'évaluation de la capacité le (les) : _____
(date(s))
3. _____ est né(e) le _____ et a _____ ans.
(nom complet de la personne évaluée) (jj/mm/aaaa)
4. J'ai procédé à l'évaluation de la capacité de la personne soussignée à prendre soin d'elle-même conformément aux procédures établies par le procureur général de l'Ontario.
5. Je joins aux présentes un exemplaire de la formule d'évaluation C.
6. (Ne pas remplir les espaces du paragraphe 6 si la déclaration a été ordonnée par le tribunal en vertu de l'article 79 de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.)

Avant de procéder à l'évaluation, j'ai expliqué à _____
(nom complet de la personne évaluée)
l'objet de cette évaluation ainsi que l'importance et l'effet potentiel de la détermination de sa capacité ou de son incapacité
et _____ je lui ai fait part de son droit de refuser d'être évalué(e).
(il/elle).

7. En vertu de l'article 45 de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, une personne est incapable de prendre soin d'elle-même si elle ne peut pas comprendre les renseignements qui sont pertinents pour la prise d'une décision concernant ses propres soins de santé, son alimentation, son hébergement, son habillement, son hygiène ou sa sécurité ou si elle ne peut pas évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision.
8. J'ai évalué _____ relativement aux aspects suivants des soins de la
(nom de la personne évaluée) personne

(préciser un aspect ou plusieurs) :

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> soins de santé | <input type="checkbox"/> hébergement | <input type="checkbox"/> hygiène |
| <input type="checkbox"/> alimentation | <input type="checkbox"/> habillement | <input type="checkbox"/> sécurité |

(nom complet de la personne évaluée)

Je suis d'avis que _____ a montré sa capacité ou son incapacité
(nom complet de la personne évaluée)
de prendre soin de sa personne eu égard aux aspects évalués.

(préciser un aspect ou plusieurs) :

soins de santé capable incapable
alimentation capable incapable
hébergement capable incapable

habillement capable incapable
hygiène capable incapable
sécurité capable incapable

Mon avis est fondé sur la nature et la portée de l'incapacité ou de la capacité en ce qui a trait à chacune des fonctions selon les faits décrits dans la formule d'évaluation C.

9. (Déclaration des besoins – Facultatif - À remplir uniquement si elle est demandée ou exigée en vertu de l'article 74 de la Loi.)

- Je suis d'avis
 Je ne suis pas d'avis

qu'il est nécessaire que des décisions soient prises au nom de _____
(nom complet de la personne)

par une personne autorisée à le faire, et mon avis est fondé sur les faits décrits dans la section 7 de la formule d'évaluation C.

10. Je comprends que, quel que soit le cas, je dois remettre un exemplaire de la présente déclaration à la personne évaluée.

J'ai terminé et remis ma déclaration le _____ e jour du mois de/d' _____ 20 _____ .

(signature de l'évaluateur)

Nom de l'évaluateur (en lettres moulées) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone () _____

Un exemplaire de la présente déclaration est remis à la personne évaluée :

Nom (en lettres moulées) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone () _____

* Nom _____

* Dans les cas où la personne réside dans un établissement communautaire : s' il y a lieu de croire que la personne évaluée aura besoin d'aide pour ouvrir, lire et conserver le présent avis juridique, inscrire le nom d'une personne responsable qui a accepté de lui fournir une aide confidentielle et de conserver ce document en toute sécurité pour elle.

Un exemplaire est également remis à : (selon les modalités de la procédure)

Nom (en lettres moulées) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone () _____