Québec

RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Avis du directeur général

Nom à la naissance	Prénom
Date de naissance an-mois-jour _____	**N° de dossier du Curateur public** _____
Sexe ☐ F ☐ M	N° d'assurance maladie / N° de dossier de l'établissement

1 – Avis du directeur général ou du directeur des services professionnels désigné

A) Compte tenu des évaluations ci-jointes concluant que la personne répondant au nom de _____ est inapte :

Nom de la personne

	Degré non	Degré partiellement	Degré totalement	Durée permanente	Durée temporaire	
à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils	☐	☐	☐	☐	☐	→ préciser : ____ ans
à administrer ses biens	☐	☐	☐	☐	☐	→ préciser : ____ ans

il m'apparaît dans son intérêt qu'un régime de protection soit ouvert à son égard pour assurer sa représentation dans l'exercice de ses droits civils en raison :

☐ de son isolement
☐ de la nature ou de l'état de ses affaires
☐ de la durée prévisible de son inaptitude
☐ du fait qu'aucun mandataire ne lui assure déjà une assistance ou une représentation adéquate

B) Bien que les évaluations ci-jointes démontrent que la personne répondant au nom de _____

Nom de la personne

est généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens, il m'apparaît dans son intérêt qu'un régime de conseiller au majeur soit ouvert à son égard en raison de son besoin, temporaire ou pour certains actes, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens.

2 – Transmission du rapport

Le présent rapport a été transmis à la personne le an-mois-jour _____

3 – Proche informé de la transmission du rapport au Curateur public du Québec

Nom	Prénom	
Téléphone _____	Lien avec la personne _____	Date an-mois-jour _____

4 – Identification du directeur général ou du directeur des services professionnels désigné

Nom	Prénom	☐ D.G. ☐ D.S.P.
Nom de l'établissement _____	Région sociosanitaire _____ N° de l'établissement _____	
Adresse _____	Ville _____ Province _____	

Code postal	Téléphone	Poste	Télécopieur	Adresse courriel
_____	_____	_____	_____	_____

En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____ an-mois-jour

_____ Signature

Imprimer **Valider**