

Will Department of Social Development be asking the Court for an adult protection order /
Est-ce que le Ministère du développement social demandera une ordonnance d'intervention
protectrice:

Yes / Oui No / Non

In what capacity is the Public Trustee asked to get involved / Dans quelle capacité demandez-vous au curateur public d'agir:

Power of Attorney / Procuration	<input type="checkbox"/>	Manage Finances/ Gestion financière	<input type="checkbox"/>
Executor / Exécuteur testamentaire	<input type="checkbox"/>	Probate / Succession	<input type="checkbox"/>
Personal Care / Soins personnels	<input type="checkbox"/>	Litigation Guardian / Tuteur d'instance	<input type="checkbox"/>

Adult/Adulte	<input type="checkbox"/>	Date of Birth, d/m/y / Date de naissance, j/m/a: _____	Place of Birth / Lieu de naissance: _____
Child / Enfant	<input type="checkbox"/>	Age / Âge: _____ Date of Death / Date du décès: _____	Place of Death / Lieu du décès: _____
		Funeral Arrangements / Arrangements funéraires: _____	
Occupation/Emploi: _____		Marital Status / État civil: _____	

Client Address / Adresse du client :

Address/Adresse		Suite/Pièce	
City/Ville		Province	Postal Code/Code Postal
Tel./Tél.:	()		

Apartments/ Appartements	<input type="checkbox"/>	Home / Maison	<input type="checkbox"/>	Hospital/ hospital	<input type="checkbox"/>	Care facility / Établissements de soins	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---	--------------------------

If in hospital, since
when / Si
hospitalisé(e), depuis
quand:

Has the client been
medically discharged?
If so, since when / Est-
ce-que le (la) client(e) a
reçu son congé
médical? Si oui, depuis
quand :

Yes / Oui

No / Non

Name and address of Spouse / Nom et adresse du (de la) conjoint(e):

Name/Nom

*Address/Adresse**Suite/Pièce*

*City/Ville**Province**Postal Code/Code Postal*

Tel./Tél.: ()

Name and address of all known relatives/ family member/Nom et adresse de tout proche parent/ membres de la famille:**1.**

*Name/Nom**Relationship with client/relation avec le(la) client(e)*

*Address/Adresse**Suite/Pièce*

*City/Ville**Province**Postal Code/Code Postal*

Tel./Tél.: ()

2.

*Name/Nom**Relationship with client/relation avec le(la) client(e)*

*Address/Adresse**Suite/Pièce*

*City/Ville**Province**Postal Code/Code Postal*

Tel./Tél.: ()

3.

*Name/Nom**Relationship with client/relation avec le(la) client(e)*

*Address/Adresse**Suite/Pièce*

*City/Ville**Province**Postal Code/Code Postal*

Tel./Tél.: ()

Next of kin asked to become involved /
Proche parent demandé de s'impliquer :

Yes / Oui No / Non

THIS SECTION MUST BE COMPLETED/CETTE PARTIE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE

Reason Next of Kin won't get involved / Raison pour laquelle le proche parent ne s'impliquera pas:

Names and ages of dependents that the client has to support / Noms et âges des personnes à charge

Name / Nom: _____ Age/Âge: _____

Name / Nom: _____ Age/Âge: _____

Name / Nom: _____ Age/Âge: _____

Legal Section / Section légale

Does the client have a will / Est-ce
que le client a un testament

YES/OUI NO/NON

Name of Executor /
Nom de l'exécuteur: _____

Power of Attorney/
Procuration:

YES/OUI NO/NON

Name/Nom: _____

Letters probate/
Lettres d'homologation:

YES/OUI NO/NON

Is there a pending lawsuit for this client/
Est-ce qu'il y a des procédures judiciaires intentées en Cour pour ce client

YES/OUI NO/NON

Did client sign any legal documents? /
Est-ce que le client a signé des documents légaux

YES/OUI

NO/NON

If yes, include copies of these documents with this
form /
Si oui, joignez des copies des documents à ce
formulaire

Documents signed/
Documents signés :

Date : _____

Health and Medical Section / Section santé et médicale

Client's Social Worker /
Travailleur(euse) social(e) du client: _____ Tel./ Tél. : () _____

Client's doctors/
Médecin(s) du client: 1. _____ Tel./ Tél. : () _____

2. _____ Tel./ Tél. : () _____

Reports available /
Rapports disponibles: YES/OUI NO/NON

Medical diagnosis /
diagnostic médical: _____

Prescriptions: _____

Health Issues /
problèmes de santé: _____

Was the person already declared mentally incompetent by a Court /
Est-ce que la personne a déjà été déclarée incompétente par la Cour: YES/OUI NO/NON

If yes, please add a copy of the document / Si oui, veuillez joindre une copie du document

Financial Section / Section financière

Monthly Income Type /
Revenu mensuel: _____ Amount / Montant : \$ _____

Monthly Income Type /
Revenu mensuel: _____ Amount / Montant : \$ _____

Monthly Income Type /
Revenu mensuel: _____ Amount / Montant : \$ _____

Monthly Expenses /
Dépenses mensuelles: _____ Amount / Montant : \$ _____

Monthly Expenses /
Dépenses mensuelles: _____ Amount / Montant : \$ _____

Monthly Expenses /
Dépenses mensuelles: _____ Amount / Montant : \$ _____

Does the client have a bank account /If so, name of the institution and location

Est-ce que le (la) client(e) a un compte bancaire/ Si oui – nom de l’institution et endroit :

_____ Amount / Montant : \$ _____

Does the client have any investments /If so, name of the institution and location

Est-ce que le (la) client(e) a des investissements/ Si oui – nom de l’institution et endroit:

_____ Amount / Montant : \$ _____

Does the client have any debts /

Est-ce que le (la) client(e) a des dettes:

_____ Amount / Montant : \$ _____

Does the client own any property /If so, where?

Est-ce que le (la) client(e) a des propriétés/ Si oui, à quel endroit:

Other Relevant Information / Autre information pertinente

Notes:

Fees / Honoraires

- The Public Trustee may be charging fees from money held by the Public Trustee on behalf of the clients
- The amount of the fees is established by regulations under the *Public Trustee Act*, and internal policies.
- The fees are determined based on the services undertaken on behalf of the client

- Le Curateur Public peut recouvrer des honoraires sur les sommes d’argent qu’il détient pour le bénéfice des clients.
- Le montant des honoraires est établi par règlement en vertu de la *Loi sur le curateur public* et par politiques internes.
- Les honoraires sont déterminés à partir des services rendus.

PLEASE FORWARD COMPLETED FORM TO THE OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE VIA FACSIMILE NO. (506) 444-3500 OR BY MAIL TO: THE OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE, PO BOX 400, FREDERICTON, NB E3B 4Y9.

VEUILLEZ S’IL-VOUS-PLAÎT FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE COMPLÉTÉ AU BUREAU DU CURATEUR PUBLIC PAR TÉLÉCOPIEUR AU (506) 444-3500 OU PAR LA POSTE AU : BUREAU DU CURATEUR PUBLIC, C.P. 400, FREDERICTON (N.-B), E3B 4Y9.