

# Procuration durable aux soins personnels

(Page 1 / 5)

*Ce formulaire sert à établir une procuration durable aux soins personnels, conformément à la Loi sur les procurations durables du Nouveau-Brunswick. Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour nommer un fondé de pouvoir aux biens. Si vous souhaitez établir une procuration durable nommant un fondé de pouvoir aux biens, vous devez demander l'aide d'un avocat. Avant de remplir ce formulaire, vous devriez lire le guide du SPEIJ-NB intitulé **Procurations durables**.*

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## A. Nomination d'un fondé de pouvoir

*Si vous souhaitez nommer une personne à titre de fondé de pouvoir aux soins personnels, cochez la première case. Si vous souhaitez nommer plusieurs personnes à titre de fondés de pouvoir aux soins personnels, cochez la deuxième case.*

Je nomme la personne suivante pour agir à titre de fondé de pouvoir aux soins personnels conformément à la *Loi sur les procurations durables* :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Je nomme les personnes suivantes pour agir à titre de fondés de pouvoir aux soins personnels conformément à la *Loi sur les procurations durables* :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## Procuration durable aux soins personnels

(Page 2 / 5)

### A. Nomination d'un fondé de pouvoir *(suite)*

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### B. Nomination d'un fondé de pouvoir remplaçant *(facultatif)*

- Je nomme la personne suivante pour agir à la place du fondé de pouvoir aux soins personnels (ou de l'un des fondés de pouvoir aux soins personnels) que j'ai nommé ci-dessus si le fondé de pouvoir aux soins personnels résigne sa charge ou si sa charge est éteinte :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### C. Charge du fondé de pouvoir

#### Étendue de la charge *(cocher une case)*

- J'autorise mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels à agir en mon nom pour tout ce qui se rapporte à mes soins personnels, y compris mes soins de santé.
- J'autorise mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels à agir en mon nom pour ce qui se rapporte à mes soins personnels suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

## Procuration durable aux soins personnels

(Page 3 / 5)

### C. Charge du fondé de pouvoir *(suite)*

#### Modalités, restrictions et instructions *(facultatif)*

L'exercice de la charge de mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels est assujéti aux modalités, aux restrictions et aux instructions suivantes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Exercice de la charge de mon fondé de pouvoir

Mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels peuvent prendre une décision sur mes soins de santé fournis par un fournisseur de soins de santé seulement si ce dernier évalue mon aptitude et constate que je ne suis pas apte à prendre cette décision.

Mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels peuvent prendre des décisions et exercer autrement leur charge en mon nom relativement à toute autre question qui relève des soins personnels seulement si la personne suivante évalue mon aptitude et constate que je ne suis pas apte quant à cette question :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## Procuration durable aux soins personnels

(Page 4 / 5)

### D. Décisions de plusieurs fondés de pouvoir

Si vous avez nommé un fondé de pouvoir aux soins personnels à la section A, passez à la section E. Si vous avez nommé plusieurs fondés de pouvoir aux soins personnels à la section A, cochez l'une des cases suivantes.

- Mes fondés de pouvoir aux soins personnels doivent prendre les décisions à l'unanimité.
- Mes fondés de pouvoir aux soins personnels doivent prendre les décisions de la façon suivante :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### E. Notification (*facultatif*)

Dès que mon ou mes fondés de pouvoir aux soins personnels commencent l'exercice de leur charge, ils doivent faire les efforts raisonnables pour donner notification aux personnes suivantes :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### F. Nomination d'un surveillant (*facultatif*)

Je nomme la personne suivante à titre de surveillant :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville et prov. \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## Procuration durable aux soins personnels

(Page 5 / 5)

### G. Révocation (*facultatif*)

Je révoque toutes mes procurations durables aux soins personnels antérieures.

### H. Signatures

*Signez et datez le formulaire en présence de deux témoins. Si vous êtes physiquement incapable de signer et de dater ce formulaire, une autre personne peut le faire en votre nom. Cette personne doit agir sous votre direction, en votre présence et en présence de deux témoins.*

*Les personnes suivantes ne peuvent pas signer en votre nom et ne peuvent pas agir comme témoin : personnes ayant moins de 19 ans; personnes nommées par vous à titre de fondés de pouvoir aux soins personnels; conjoint(e), conjoint(e) de fait, ou enfant d'une personne nommée par vous à titre de fondé de pouvoir aux soins personnels.*

\_\_\_\_\_  
Nom (*constituant ou personne signant au nom du constituant*)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom (*témoin 1*)

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom (*témoin 2*)

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date