



| Part A - Referring jurisdiction — Partie A - Jurisdiction d'origine | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Name of jurisdiction — Nom de la juridiction A.1 | | | | | |
| Authority held by the referring jurisdiction — Pouvoir de la juridiction d'origine <input type="checkbox"/> Public Trustee / Curateur public <input type="checkbox"/> Public Guardian / Tuteur public <input type="checkbox"/> Curateur public du Québec <input type="checkbox"/> Other / Autre : | | | | Date of authority / Date de prise de juridiction yyyy-mm-dd — aaaa-mm-jj A.3 | |
| Type of assistance requested from the receiving jurisdiction — Type d'aide demandée à la juridiction d'accueil <input type="checkbox"/> Information, assistance and consultation / Information, aide et consultation <input type="checkbox"/> Authority / Prise de juridiction <input type="checkbox"/> Other / Autre : A.4 | | | | | |
| Reason for referral — Raison justifiant la référence A.5 | | | | | |
| Part B - Receiving jurisdiction — Partie B - Jurisdiction d'accueil | | | | | |
| Name of jurisdiction — Nom de la juridiction B.1 | | | Name of designated liaison — Nom de l'agent de liaison désigné B.2 | | |
| Mailing address — Adresse postale B.3 | | | | City — Ville B.4 | |
| Province or Territory / Province ou territoire B.5 | Postal code / Code postal B.6 | Telephone / Téléphone B.7 | Fax / Télécopieur B.8 | Email — Courriel B.9 | |
| Part C - Information pertaining to the incapable adult — Partie C - Renseignements sur l'adulte inapte | | | | | |
| Last name — Nom de famille C.1 | | First name — Prénom C.2 | | File No. — N° de dossier C.3 | |
| Middle — Deuxième prénom C.4 | Please list any alias used by the client / Veuillez indiquer tout autre nom utilisé par le client C.5 | | | Date of birth — Date de naissance yyyy-mm-dd — aaaa-mm-jj C.6 | |
| Last known mailing address — Dernière adresse postale connue C.7 | | | | City — Ville C.8 | |
| Province or Territory / Province ou territoire C.9 | Postal code / Code postal C.10 | Telephone / Téléphone C.11 | Native Canadian ordinarily resident on reserves / Autochtone du Canada résidant habituellement sur une réserve <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Inconnu C.12 | | |
| Gender — Sexe <input type="checkbox"/> Male / H <input type="checkbox"/> Female / F C.13 | Marital Status — Situation familiale C.14 | | | | |
| Mailing address in the new jurisdiction (if known) / Adresse postale dans la nouvelle juridiction (si connue) C.15 | | | | City — Ville C.16 | |
| Province or Territory / Province ou territoire C.17 | Postal code / Code postal C.18 | Telephone / Téléphone C.19 | Date incapable adult moved to a new jurisdiction / Date où l'adulte inapte a déménagé dans la nouvelle juridiction yyyy-mm-dd — aaaa-mm-jj C.20 | | |
| Cause of incapacity / Raison de l'inaptitude C.21 | | | | Date of last assessment / Date de la dernière évaluation yyyy-mm-dd — aaaa-mm-jj C.22 | |
| Reason/History for Relocation — Raison - historique du déménagement C.23 | | | | | |
| Likelihood of further relocation — Probabilité de déménagements futurs C.24 | | | | | |
| Involvement of family or support networks — Participation de la famille ou de réseaux de soutien C.25 | | | | | |
| Living arrangement — Mode de vie - conditions de logement C.26 | | | | | |
| Brief description of revenues, assets and liabilities (if applicable) — Brève description des revenus, de l'actif et du passif (le cas échéant) C.27 | | | | | |
| Why is further authority still needed? — Pourquoi cette personne doit-elle encore être protégée? C.28 | | | | | |
| Scope of Authority Needed / Pouvoir nécessaire <input type="checkbox"/> property / gestion des biens <input type="checkbox"/> personal care / soins personnels <input type="checkbox"/> property and personal care / gestion des biens et soins personnels C.29 | | | | | |
| Part D - Form completed by — Partie D - Formulaire rempli par | | | | | |
| Last name — Nom de famille D.1 | | First name — Prénom D.2 | | Occupation — Poste D.3 | |
| Mailing address — Adresse postale D.4 | | | | City — Ville | |
| Province or Territory / Province ou territoire D.6 | Postal code / Code postal D.7 | Telephone / Téléphone D.8 | Fax / Télécopieur D.9 | Email — Courriel D.10 | |

Signature _____

Date _____

This information is confidential and is shared only for the purpose of determining whether transfer of authority is warranted. Please review the Legislation document (stored on the NAP TG intranet) of the receiving jurisdiction in order to obtain background on its role, legislative powers (public guardian/trustee) and name of designated liaison.

Ces renseignements sont confidentiels et ne sont partagés que pour déterminer le bien-fondé du transfert de pouvoir. Prière de consulter le Document sur la législation (stocké sur l'intranet de l'ANTCP) de la juridiction d'accueil pour se renseigner sur son rôle, ses pouvoirs (tuteur ou curateur public) et sur le nom de l'agent de liaison désigné.

