

Veillez remplir ce formulaire pour demander la tutelle aux biens (jugement ou règlement pour préjudice corporel) d'un mineur (personne de moins de 18 ans) en vertu de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*.

1. Le présent plan de gestion accompagne la demande soumise par :

Nom complet de la partie requérante		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Nom complet de la partie requérante		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Nom complet de la partie requérante		
Prénom	Second prénom	Nom de famille

afin de demander la tutelle aux biens de la personne mineure: (ci-après « la personne mineure »)

Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		

2. Tutelle aux biens

La personne mineure a des avoirs découlant d'un jugement ou du règlement d'une réclamation concernant : (indiquer ci-dessous la nature de la réclamation pour préjudice corporel, p. ex. négligence médicale, accident de véhicule)

dont le numéro du dossier de la cour est

et dans lequel la personne mineure (Indiquer son nom)	Prénom	Nom de famille

né(e) le : (jj/mm/aaaa)

était la : (sélectionner une option) Partie demanderesse principale Partie demanderesse dérivée

4. Véhicule, équipement de mobilité et de soins personnels (s'il y a lieu)

J'ai (nous avons) énuméré ci-dessous l'équipement dont la personne mineure aura besoin, conformément au rapport sur le coût des soins de : (indiquer ci-dessous le nom de la personne qui a rédigé le rapport et la date du rapport)

		Préparé le	
Véhicule ou équipement	Applicable		Coût estimatif
Véhicule adapté aux fauteuils roulants*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Lit ajustable ou appareil élévateur hydraulique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Chaise d'aisance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Chaise de douche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Ballon d'exercice, table d'exercice, tapis d'exercice et rouleaux, blocs d'exercice	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Déambulateurs et marchettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Fauteuil roulant – manuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Fauteuil roulant – électrique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Équipement d'alimentation entérale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
		Total	

Le tuteur ou la tutrice aux biens peut utiliser les sommes forfaitaires afin d'acheter des appareils supplémentaires pour la personne mineure à la condition que chaque dépense:

- soit recommandée par écrit par un membre de l'une des professions de la santé énumérées à l'Annexe 1 - Professions autonomes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*;
- ne dépasse pas 3 000,00 \$.

* La contribution de la personne mineure à l'achat du véhicule sera enregistrée en vertu de la *Loi sur les sûretés mobilières* et je fournirai au Bureau de l'avocat des enfants les documents confirmant cet enregistrement dans les 60 jours suivant l'achat d'un véhicule adapté aux fauteuils roulants.

5. Traitements et médicaments

J'ai (nous avons) énuméré ci-dessous les traitements et les médicaments dont la personne mineure aura besoin, conformément au rapport sur le coût des soins de : (indiquer ci-dessous le nom de la personne qui a rédigé le rapport et la date du rapport)

		Préparé le	
		En date d'aujourd'hui jusqu'à 18	
Traitements ou médicaments	Applicable	Mensuel	Annuel
Gestion de cas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Orthophonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Médicaments et suppléments alimentaires gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Total		

Les tuteurs aux biens peuvent réaffecter des fonds entre les divers traitements et services mentionnés à l'article 5, à la condition que le montant ne dépasse pas le total des fonds annuels disponibles pour ceux-ci.

6. Soins auxiliaires, soins de relève et soins infirmiers (s'il y a lieu)

Soins	Applicable	De l'heure	Mensuel	Annuel
Soins auxiliaires en semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins auxiliaires la fin de semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins de relève – semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins de relève – fin de semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins infirmiers – soirs de semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins infirmiers – fin de semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Total				

7. Évaluation de la capacité (s'il y a lieu)

Je prendrai (nous prendrons) les dispositions nécessaires pour qu'une évaluation de la capacité de la personne mineure soit effectuée conformément à la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, au moins trois mois avant et au plus six mois avant qu'elle n'atteigne l'âge de dix-huit (18) ans, afin de déterminer sa capacité à gérer des biens. Le coût raisonnable de l'évaluation de la capacité sera payé au moyen des fonds de la personne mineure.

Oui Sans objet

8. Fonds de réserve (s'il y a lieu)

J'ai (nous avons) énuméré ci-dessous les montants provenant de l'indemnité ou du règlement que je déposerai (nous déposerons) dans des CPG mensuels ou des comptes d'épargne générant des intérêts afin de maintenir un fonds de réserve pour remplacer l'équipement de transport et les aides à la mobilité de la personne mineure conformément au rapport sur le coût des soins de : (indiquer ci-dessous le nom de la personne qui a rédigé le rapport et la date du rapport)

Oui Sans objet

Préparé le

En date d'aujourd'hui jusqu'à 18 ans

Détails	Mensuel	Annuel
Fonds pour le remplacement d'un véhicule adapté		
Fonds pour le remplacement des aides à la mobilité		
Total		

9. Plan de placement

Si, à tout moment, je détiens (nous détenons) un solde supérieur à 10 000 \$ qui n'est pas immédiatement requis aux fins décrites ci-dessus, ce solde sera investi dans des certificats de placement garantis, des bons du Trésor, des dépôts à terme ou des placements garantis similaires.

Les fonds de la personne mineure ne seront pas déboursés, sauf pour les éléments prévus dans le présent plan de gestion. Je ne demanderai ni n'accepterai (nous ne demanderons ni n'accepterons) une rémunération ou des frais de gestion pour mon (notre) rôle de tuteur(s) des biens de la personne mineure.

10. Engagements et reconnaissance de la ou des parties requérantes

La ou les parties requérantes reconnaissent qu'elles ont lu le plan ci-dessus et qu'elles comprennent son contenu

La ou les parties requérantes s'engagent à respecter les conditions du Plan de gestion approuvé par la Cour.

La ou les parties requérantes s'engagent à tenir des registres et des comptes exacts et précis de toutes les transactions, y compris les placements et les entrées et sorties de fonds, et de rendre des comptes sur la tutelle selon ce qui est demandé.

La ou les parties requérantes comprennent que leur pouvoir de gestion des biens de la personne mineure en vertu de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance* prendra fin lorsque cette dernière atteindra l'âge de dix-huit (18) ans et qu'à ce moment-là, elles devront lui remettre tous les montants auxquels elle a droit et qui sont sous leur contrôle, à moins que le tribunal n'en ordonne autrement.

*** Ces conditions s'appliquent seulement aux indemnités versées à une personne mineure pour préjudice corporel par suite d'un jugement ou d'un règlement. Les conditions qui s'appliquent à un Plan de gestion ne se rapportant pas à des indemnités versées pour préjudice corporel sont énoncées au Formulaire 1.**

Nom de la partie requérante	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Nom de la partie requérante	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Nom de la partie requérante	Signature	Date (aaaa/mm/jj)