

PROCURATION RELATIVE AU SOIN DE LA PERSONNE
POWER OF ATTORNEY FOR PERSONAL CARE

(Donnée conformément à la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom l'autrui)
(made in accordance with the Substitute Decisions Act, 1992)

1. **Je soussigné(e)**, _____, révoque
toute procuration antérieure

(imprimez ou dactylographiez ici votre nom au complet/print or type your full name here)

donnée par moi et relative au soin de la personne et NOMME : _____

(imprimez ou dactylographiez ici le nom de la personne ou des personnes que vous nommez/ print or type the name of the person or persons you appoint here)

mon (mes) procureur(s) au soin de la personne, conformément à la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

I (printed full name) revoke any previous power of attorney for personal care made by me and appoint (printed full name here) to be my attorney(s) for personal care in accordance with the Substitute Decisions Act, 1992.

[Note : Une personne qui fournit des soins médicaux, des services en établissement, des services sociaux, des services de formation, des services d'intervention ou des services de soutien à l'auteur de la procuration, contre rémunération, ne peut agir comme procureur, à moins qu'elle ne soit aussi le conjoint, le partenaire ou un parent de l'auteur de la procuration.]

[Note: A person who provides health care, residential, social, training, or support services to the person giving this power of attorney for compensation may not act as his or her attorney unless that person is also his or her spouse, partner, or relative.]

2. Si vous avez nommé plus d'un procureur et si vous voulez qu'ils aient le pouvoir d'agir indépendamment l'un de l'autre, insérez ici les mots « conjointement et individuellement ».

If you have named more than one attorney and you want them to have the authority to act separately, insert the words "jointly and severally" here.

(peut être laissé en blanc/may be left blank)

3. Si la (les) personne(s) que j'ai nommée(s), ou l'une quelconque d'entre elles, n'est pas (ne sont pas) apte(s) ou disposée(s) à être mon (mes) procureur(s), pour cause de refus, de démission, de décès, d'incapacité mentale ou de destitution par le tribunal, JE LUI (LEUR) SUBSTITUE :

(peut être laissé en blanc/may be left blank)

qui sera alors mon procureur au soin de la personne, et qui exercera ses fonctions de la même manière et conformément aux mêmes pouvoirs que la personne qu'il (elle) remplace.

If the person(s) I have appointed, or any one of them, cannot or will not be my attorney because of refusal, resignation, death, mental incapacity, or removal by the Court, I SUBSTITUTE: (printed full name of substitute) to act as my attorney for personal care in the same manner and subject to the same authority as the person he or she is replacing.

4. Je donne à mon (mes) procureur(s) le **POUVOIR** de prendre à ma place toute décision en matière de soins personnels si je deviens mentalement incapable de la prendre moi-même, notamment le pouvoir de donner ou de refuser son consentement à toute matière à laquelle s'applique la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, sous réserve de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* et sous réserve des instructions, conditions ou restrictions contenues dans le présent formulaire.

I give my attorney(s) the AUTHORITY to make any personal care decision for me that I am mentally incapable of making for myself, including the giving or refusing of consent to any matter to which the Health Care Consent Act, 1996 applies, subject to the Substitute Decisions Act, 1992, and any instructions, conditions or restrictions contained in this form.

5. INSTRUCTIONS, CONDITIONS ET RESTRICTIONS

Au besoin, annexe des pages supplémentaires, que vous signerez et daterez.
Instructions, Conditions and Restrictions (Attach, sign and date any additional pages if required)

(cette partie peut être laissée en blanc/this part may be left blank)

6. SIGNATURE : _____ **DATE :** _____
(Signature) (Date)

(signez ici en présence de deux témoins/sign your name here in the presence of two witnesses)

ADRESSE : _____
(Address) (insérez votre adresse actuelle ici/insert your current address here)

7. SIGNATURES DES TÉMOINS

[**Note** : Les personnes suivantes ne peuvent être témoins : le procureur ou son conjoint ou partenaire; le conjoint, le partenaire ou l'enfant de l'auteur de la procuration, ou une personne que l'auteur de la procuration considère comme son enfant; quiconque a un tuteur aux biens ou un tuteur à la personne; quiconque est âgé de moins de 18 ans.]

Witness Signatures

[Note: The following people cannot be witnesses; the attorney or his or her spouse or partner; the spouse, partner, or child of the person making the document, or someone that the person treats as his or her child; a person whose property is under guardianship or who has a guardian of the person; a person under the age of 18.]

Premier témoin : Signature */(Signature)* _____
(Witness #1)

Nom */(Name)* _____
(en caractères d'imprimerie/ please print)

Adresse */(Address)* _____

Date */(Date)* _____

Deuxième témoin : Signature */(Signature)* _____
(Witness #2)

Nom */(Name)* _____
(en caractères d'imprimerie/ please print)

Adresse */(Address)* _____

Date */(Date)* _____