



Public Trustee Services / Services du curateur public Application for Adult Services / Demande pour services aux adultes

For Public Trustee Services office use only / À l'usage du bureau des Services du curateur public seulement

Case accepted / Dossier accepté/	YES/OUI <input type="checkbox"/>	NO/NON <input type="checkbox"/>	Case # N° de dossier : _____	Date: _____
Acceptance letter sent / Lettre d'acceptation envoyée/	YES/OUI <input type="checkbox"/>	NO/NON <input type="checkbox"/>	_____	Date: _____

Person completing the form / Personne qui remplit le formulaire

Name / Nom _____ Relationship to client / Relation avec le (la) client(e) _____

Address / Adresse _____ Suite / Appartement _____

City / Ville _____ Province _____ Postal Code / Code postal _____

(_____) _____
Telephone / Téléphone _____ Date _____ Signature _____

Client's Personal Information / Renseignements personnels du (de la) client(e)

Client Name / Nom du (de la) client(e):

Last Name / Nom de famille _____ First Name / Prénom _____ Initials / Initiales _____

Alias _____

Gender / Sexe : M F

Language /
Langage : English / Anglais French / Français

Member of First Nations? / Membre des Premières nations?
Yes / Oui No / Non

Veteran? / Vétéran?
Yes / Oui No / Non

Social Insurance Number /
Numéro d'assurance sociale : _____ Medicare Number /
Numéro d'assurance-maladie : _____

Medical Insurance / Assurance médicale : _____

Date of Birth, d/m/y /
Date de naissance, j/m/a : _____ Place of Birth /
Lieu de naissance : _____

Marital Status / Etat civil?

Single / Célibataire Separated / Separé (e) Widow-Widower / Veuve ou veuf
Married / Marié(e) Divorced / Divorcé (e) Common-law / Conjoint de fait

**Public Trustee Services / Services du curateur public
Application for Adult Services / Demande pour services aux adultes**

Client's current address / Adresse du (de la) client(e) :

Name of Care Facility or Hospital /
Nom de l'établissement de soins ou hôpital : _____

Date of Admission / Date de l'admission : _____

Address / Adresse *Suite / Appartement*

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

Tel. / Tél. : (_____) _____

Apartment / Home / Hospital / Care Facility /
Appartement Maison Hôpital Établissement de soins

Client's former address / Ancienne adresse du (de la) client(e) :

Address / Adresse *Suite / Appartement*

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

Reason the involvement of the Public Trustee is sought / Raison de la demande au curateur public :

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

Address / Adresse *Suite / Appartement*

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

Tel. / Tél. : (_____) _____

**Is this person actively involved with client? /
Est-ce que cette personne est impliquée
avec le (la) client(e)?** Yes / Oui No / Non

**Do they consent to this application?
Est-ce qu'il (elle) consent à cette demande?** Yes / Oui No / Non

Names and ages of dependants the client has to support / Noms et âges des personnes à charge du (de la) client(e) :

Name / Nom: _____ **Age / Âge :** _____

Name / Nom: _____ **Age / Âge :** _____

**Public Trustee Services / Services du curateur public
Application for Adult Services / Demande pour services aux adultes**

Legal Section / Section légale

**Does the client have a will? /
Est-ce que le (la) client(e) a
un testament?**

Yes / Oui No / Non

**Name of Executor /
Nom de l'exécuteur :** _____

Location of Will /
Lieu du testament :

Contact information /
Coordonnées :

**Does the client have a
Power of Attorney? /
Est ce que le (la) client(e) a
une procuration?**

Yes / Oui No / Non

Name / Nom : _____

Location of the Power of
Attorney? /

Contact information /
Coordonnées

Lieu de la procuration? _____

Are there any legal proceedings for this client? /

Est-ce que le (la) client(e) fait l'objet de procédures judiciaires?

Yes / Oui

No / Non

Civil /
Civiles

Criminal /
Criminelles

Health and Medical Section / Section santé et médicale

**Client's Social Worker /
Travailleur(euse) social(e) du
(de la) client(e):** _____

**Tel./
Tél. :** () _____

**Client's doctors (two names
required) /**

1. _____

**Tel./
Tél. :** () _____

**Médecins du (de la) client(e)
(deux noms requis) :**

2. _____

**Tel./
Tél. :** () _____

Two Medical Reports attached / Deux rapports médicaux ci-inclus? Yes / Oui No / Non

**Medical diagnosis/
Diagnostic médical :** _____

Prescriptions : _____

**Health Issues /
Problèmes de santé :** _____

Does the client have a / Est-ce que le (la) client(e) a un(e) ou des :

Wheelchair /
Fauteuil roulant

Walker /
Marchette

Hearing Aid /
Aide auditive

Dentures /
Dentier

Glasses /
Lunettes

Does the client require / Est-ce que le (la) client(e) à besoin d'un(e) ou des :

Wheelchair /
Fauteuil roulant

Walker /
Marchette

Hearing Aid /
Aide auditive

Dentures /
Dentier

Glasses /
Lunettes

Is this client / Est-ce que ce (cette) client(e) est :

A flight risk /
À risque de fugue

Medically stable/
Médicalement stable

Verbally aggressive /
Verbalement agressif(ve)

Physically aggressive /
Physiquement agressif(ve)

Has this client been assessed for placement in a nursing home? /

Est-ce que le (la) client(e) a été évalué(e) pour un placement dans un foyer de soins?

Yes / Oui No / Non

What level / À quel niveau? _____

**Public Trustee Services / Services du curateur public
Application for Adult Services / Demande pour services aux adultes**

Is the Department of Social Development involved with this client? / Est ce que le ministère du Développement social est impliqué? Yes / Oui No / Non

If yes, will they continue to be involved / Si oui, va-t-il continuer à être impliqué? Yes / Oui No / Non

What services are they providing? / Quels services offre-t-il? _____

Is there an Adult Protection Order in place for this client? (If yes please attach a copy) / Est-ce qu'il y a une ordonnance de protection pour ce (cette) client(e)? (Si oui, veuillez joindre une copie) Yes / Oui No / Non

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 de protection d'un adulte à la cour? Yes / Oui No / Non

Financial Section / Section financière

Monthly Income (list sources) / Revenu mensuel (liste des sources) : _____

Total Amount / Montant total : \$ _____

Monthly Expenses (list sources) / Dépenses mensuelles (liste des sources): _____

Total Amount / Montant total : \$ _____

Does the client have a bank account? / Est-ce que le (la) client(e) a un compte bancaire? If so, name of the institution and location / Si oui, nom de l'institution et adresse : _____

Balance / Solde : \$ _____

Does the client have any investments? / Est-ce que le (la) client(e) a des investissements? If so, name of the institution and location / Si oui, nom de l'institution et adresse : _____

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) possède des propriétés? Si oui, a quel endroit?

Does the client own a vehicle? If so location and estimated value? / Est-ce que le (la) client(e) possède un véhicule? Si oui, lieu et valeur estimée du véhicule?

\$ _____
Location / Lieu Value / valeur

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 au nom 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 PUBLIC TRUSTEE SERVICES VIA FACSIMILE NO. (506) 444-3500 OR BY MAIL TO: PUBLIC TRUSTEE, 412 QUEEN STREET, SUITE 210, FREDERICTON, NB E3B 1B6.

VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE REMPLI AUX SERVICES DU CURATEUR PUBLIC PAR TÉLÉCOPIEUR AU 506-444-3500 OU PAR LA POSTE AU : CURATEUR PUBLIC, 412, RUE QUEEN BUREAU 210, FREDERICTON, N.-B. E3B 1B6.