



## Public Trustee Services Application for Adult Services

### Application Guide

This application form is used when requesting the Public Trustee apply to the court for authority to make personal, healthcare, legal or financial decisions for someone who is incapable of making those decisions, where no other suitable person is willing and able to act in that capacity.

If an application is accepted, fees may be charged from money held by the Public Trustee on behalf of the client. Fees are determined based on the services provided and are established by regulations under the *Public Trustee Act* and internal policies.

The following contains useful tips and general information which can help avoid processing delays. Please include as much information as possible.

#### Person completing the form (Referring Party)

If you are completing this form on behalf of a client assigned to you and the client's file is transferred to another responsible party prior to an eligibility decision being rendered on this application, please advise our office right away.

#### Client's Personal Information

The Public Trustee must prove to the court that no one else suitable is able and willing to act as Representative in order to make decisions on behalf of the client. To do this, we require information about any and all of the following individuals of whom you are aware:

- Any legal/married spouse (whether or not separated);
- Any common law partner;
- Parents (if living);
- Any children over the age of 19; and
- Any siblings over the age of 19.

## Services du curateur public Demande pour services aux adultes

### Guide de demande

Ce formulaire est utilisé pour faire une demande au Curateur public de présenter une requête à la Cour pour l'autorisation de prendre des décisions personnelles, de soins de santé, juridiques ou financières pour une personne qui est incapable de prendre ces propres décisions, quand il n'existe aucune autre personne qualifiée qui veut et peut agir à ce titre.

Si la demande est acceptée, le Curateur public peut recouvrer des droits, honoraires ou frais sur les sommes d'argent qu'il détient au nom du client. Le montant des droits, honoraires ou frais est établi par règlement en vertu de la *Loi sur le curateur public* et par politiques internes. Les droits, honoraires ou frais sont déterminés à partir des services rendus.

Ce qui suit contient des conseils utiles et des informations générales qui peuvent aider à éviter les retards de traitement. Veuillez inclure autant d'informations que possible.

#### Personne qui remplit le formulaire (Personne référente)

Si vous remplissez ce formulaire au nom d'un/d'une client(e) qui vous est assigné et que le dossier du/de la client(e) est transféré à une autre personne responsable avant qu'une décision d'admissibilité ne soit rendue pour cette demande, s'il vous plaît avisez notre bureau le plus tôt possible.

#### Renseignements personnels du (de la) client(e)

Le Curateur public doit établir devant la Cour qu'il n'existe aucune autre personne qualifiée qui veut et peut agir à titre de représentant afin de prendre des décisions au nom du client. Pour ce faire, nous avons besoin d'informations à propos des personnes suivantes :

- Tout conjoint(e) légal(e)/marié(e) (soit séparé(e) ou non);
- Tout conjoint(e) de fait;
- Parents (si vivant);
- Tout enfant âgé de plus que 19 ans; et
- tout frère ou sœur âgés de plus que 19 ans.



Add additional pages to the application, if necessary, in order to list all relevant individuals and their information (e.g. contact information and address).

Rajoutez des pages additionnelles, si nécessaires, pour décrire toutes les personnes concernées et leurs informations (p. ex. coordonnées et adresse)

### Legal Section

Prior to applying to the courts for authority, the Public Trustee must verify if the client already has a Power of Attorney or someone else appointed by the courts to make decisions on their behalf. For this reason we request information on legal documents and proceedings.

### Section légale

Avant de demander l'autorisation de la Cour, le curateur public doit vérifier si le client a déjà une procuration ou une autre personne nommée par la Cour pour prendre des décisions en leur nom. Pour cette raison, nous demandons des informations sur les documents juridiques et les procédures.

### Health and Medical Section

In order to apply to the Court to become the Representative of a client, the Public Trustee must be provided with a Capacity Assessment Report completed by a medical practitioner, nurse practitioner, or psychologist who has assessed the client.

### Section santé et médicale

Pour présenter une requête auprès de la Cour pour être nommé représentant d'un(e) client(e), le Curateur public doit être muni d'un rapport d'évaluation de l'aptitude complétée par un médecin, une infirmière praticiennes ou un psychologue qui a évalué le client.

A blank copy of the Capacity Assessment Report is attached to this Guide.

Une copie vierge du rapport d'évaluation de l'aptitude est jointe à ce guide.

### Financial Section

This section does not impact eligibility for services; however, it will assist with preliminary file management discussions.

### Section financière

Cette section n'a pas d'incidence sur l'admissibilité aux services ; cependant, cela facilitera les discussions préliminaires sur la gestion des dossiers.

#### PLEASE FORWARD COMPLETED FORM VIA

Facsimile: (506) 444-3500

Email: [public.trustee@gnb.ca](mailto:public.trustee@gnb.ca)

Mail: Public Trustee Services  
412 Queen Street, Suite 210  
Fredericton NB E3B 1B6

#### VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE REMPLI PAR

Télécopieur : (506) 444-3500

Courriel : [curateur.public@gnb.ca](mailto:curateur.public@gnb.ca)

Poste : Services du curateur public  
412 rue Queen, bureau 210  
FREDERICTON (N.-B) E3B 1B6



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

### Person completing the form (Referring Party) / Personne qui remplit le formulaire (Personne référente)

Name / Nom	Occupation	Relationship to client / Relation avec le (la) client(e)
Address / Adresse		Suite / Appartement
City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
( ) Telephone / Téléphone	Email / Courriel	
Signature	Date	

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

Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / 2ième nom
Alias		
<b>Identification:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non-binary / Non-binaire <input type="checkbox"/>	<b>Language / Langage :</b> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/>	
<b>Member of First Nations? / Membre des Premières nations?</b> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>	<b>Veteran? / Vétéran?</b> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>	<b>Retired? / Retraité?</b> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>
If yes,/ Si oui,		
Name of Reserve or Band where the client was resident / Nom de la réserve ou de la bande où le client était résident	Last occupation / Dernière occupation	
<b>Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale :</b> _____	<b>Medicare Number / Numéro d'assurance-maladie :</b> _____	
<b>Copy of Medicare Card attached (if available)? / Copie de la carte d'assurance-maladie ci-inclus (si disponible)?</b>	Yes / Oui <input type="checkbox"/>	No / Non <input type="checkbox"/>
<b>Medical Insurance / Assurance médicale :</b> _____		
<b>Date of Birth (d/m/y) / Date de naissance (j/m/a) :</b> _____	<b>Place of Birth / Lieu de naissance :</b> _____	
<b>Copy of Birth Certificate attached (if available)? / Copie du certificat de naissance ci-inclus (si disponible)?</b>	Yes / Oui <input type="checkbox"/>	No / Non <input type="checkbox"/>

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

**Copy of Driver License attached (if available)? /  
Copie du permis de conduire ci-inclus (si disponible)?**

Yes / Oui

No / Non

**Marital Status / État civil?**

Unmarried / Célibataire

Separated / Séparé(e)

Widow or Widower / Veuve ou veuf

Married / Marié(e)

Divorced / Divorcé(e)

Common-law / Conjoint-de-fait

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

Name of Care Facility or Hospital, or Alternate Family /  
Nom de l'établissement de soins, de l'hôpital ou de la  
famille alternative:

\_\_\_\_\_

*Address / Adresse*

*Suite / Appartement*

*City / Ville*

*Province*

*Postal Code / Code postal*

Tel. / Tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Apartment /  
Appartement

Home /  
Maison

Hospital /  
Hôpital

Care Facility /  
Établissement de soins

Alternate Family /  
Famille alternative

Date of Admission (d/m/y) /  
Date de l'admission (j/m/a) : \_\_\_\_\_

Reason of Admission /  
Raison de l'admission : \_\_\_\_\_

Date of Medical Discharge (if hospitalized) (d/m/y) /  
Date du congé médical (si hospitalisé) (j/m/a) : \_\_\_\_\_

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

*Name / Nom*

*Address / Adresse*

*Suite / Appartement*

*City / Ville*

*Province*

*Postal Code / Code postal*

Apartment /  
Appartement

Home /  
Maison

Hospital /  
Hôpital

Care Facility /  
Établissement de soins

Alternate Family /  
Famille alternative

**Reason the involvement of the Public Trustee is sought and/or reason the spouse and family members are not applying to the court to be appointed Representative / Raison de la demande auprès Curateur public et/ou la raison pour laquelle le/la conjoint(e) et les membres de la famille ne font pas une demande à la cour pour être nommés représentant :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**SPOUSE AND COMMON LAW PARTNER / ÉPOUSE ET CONJOINT(E)-DE-FAIT**

NOTE: List any and all of the following individuals of whom you are aware: any legal/married spouse (whether or not separated); any common law partner / Énumérez tous les personnes suivantes dont vous avez connaissance : tout conjoint(e) légal(e)/marié(e) (soit séparé(e) ou non); tout conjoint(e) de fait

If necessary, please copy this page and add the information for all relevant individuals / Si nécessaire, svp copiez cette page et ajoutez l'information de tous les individus pertinents.

**Marital Status / État civil?**

Unmarried / Célibataire	<input type="checkbox"/>	Separated / Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	Widow or Widower / Veuve ou veuf	<input type="checkbox"/>
Married / Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Divorced / Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Common-law / Conjoint-de-fait	<input type="checkbox"/>

Name / Nom \_\_\_\_\_

Address / Adresse \_\_\_\_\_

Suite / Appartement \_\_\_\_\_

City / Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Postal Code / Code postal \_\_\_\_\_

Tel. / Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email / Courriel : \_\_\_\_\_

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

Official language preference / Langue officielle préférée : English / Anglais  French / Français

If the person lacks capacity to sign a Consent form, is there a court appointed Committee / Representative or an Attorney appointed under a Power of Attorney to sign the Consent form on behalf of the person? / Si la personne n'a pas la capacité de signer une formule de consentement, est-ce qu'il y a un curateur / représentant nommé par la Cour ou un fondé de pouvoir nommé en vertu d'une procuration pour signer le consentement au nom de la personne?

Yes / Oui  No / Non  Unknown / Inconnu

If yes, name and contact information of the Committee / Representative or Attorney / Si oui, nom et coordonnées du curateur / représentant ou fondé de pouvoir :

**If divorced / Si divorcé:**

Name of former spouse (maiden or other) / Nom de l'ex-conjoint(e) (jeune fille ou autre) :

Date and place of marriage / Date et lieu du mariage : \_\_\_\_\_ or unknown / ou inconnu   
(d/m/y) / (j/m/a) City / ville Province

Date and place of divorce / Date et lieu du divorce : \_\_\_\_\_ or unknown / ou inconnu   
(d/m/y) / (j/m/a) City / ville Province

**If widowed / Si veuf ou veuve :**

Name of late spouse (maiden or other) / Nom du/de la conjoint(e) décédé(e) (jeune fille ou autre) : \_\_\_\_\_ or unknown / ou inconnu

Date and place of death / Date et lieu du décès : \_\_\_\_\_ or unknown / ou inconnu   
(d/m/y) / (j/m/a) City / ville Province

Name of Funeral home / Nom du salon funéraire : \_\_\_\_\_ or unknown / ou inconnu

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

**FAMILY MEMBERS / LES MEMBRES DE LA FAMILLE**

NOTE: List any and all of the following individuals of whom you are aware: parents (if living); any children over the age of 19; any siblings over the age of 19. / Énumérez tous les personnes suivantes dont vous avez connaissance : parents (si-vivant); tout enfants âgés de plus que 19 ans; tout frères ou sœurs âgés de plus que 19 ans

If necessary, please copy this page and add the information for all relevant individuals / Si nécessaire, svp copiez cette page et ajoutez l'information de tous les individus pertinents.

1. \_\_\_\_\_

<i>Name / Nom</i>	<i>Relationship with client / Relation avec le (la) client(e)</i>
<i>Address / Adresse</i>	<i>Suite / Appartement</i>
<i>City / Ville</i>	<i>Province</i> <i>Postal Code / Code postal</i>
Tel. / Tél. :    (    ) _____	Email / Courriel : _____
Is this person actively involved with client? / Est-ce que cette personne est impliquée avec le (la) client(e)?	Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>
Do they consent to this application? / Est-ce qu'il (elle) consent à cette demande?	Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>
Official language preference / Langue officielle préférée :	English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/>
If the person lacks capacity to sign a Consent form, is there a court appointed Committee / Representative or an Attorney appointed under a Power of Attorney to sign the Consent form on behalf of the person? / Si la personne n'a pas la capacité de signer une formule de consentement, est-ce qu'il y a un curateur / représentant nommé par la Cour ou un fondé de pouvoir nommé en vertu d'une procuration pour signer le consentement au nom de la personne?	
Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown /Inconnu <input type="checkbox"/>	
If yes, name and contact information of the Committee / Representative or Attorney / Si oui, nom et coordonnées du curateur / représentant ou fondé de pouvoir :	
_____	

2. \_\_\_\_\_

<i>Name / Nom</i>	<i>Relationship with client / Relation avec le (la) client(e)</i>
<i>Address / Adresse</i>	<i>Suite / Appartement</i>
<i>City / Ville</i>	<i>Province</i> <i>Postal Code / Code postal</i>
Tel. / Tél. :    (    ) _____	Email / Courriel : _____
Is this person actively involved with client? / Est-ce que cette personne est impliquée avec le (la) client(e)?	Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>
Do they consent to this application? / Est-ce qu'il (elle) consent à cette demande?	Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/>
Official language preference / Langue officielle préférée :	English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/>
If the person lacks capacity to sign a Consent form, is there a court appointed Committee / Representative or an Attorney appointed under a Power of Attorney to sign the Consent form on behalf of the person? / Si la personne n'a pas la capacité de signer une formule de consentement, est-ce qu'il y a un curateur / représentant nommé par la Cour ou un fondé de pouvoir nommé en vertu d'une procuration pour signer le consentement au nom de la personne?	
Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown /Inconnu <input type="checkbox"/>	
If yes, name and contact information of the Committee / Representative or Attorney / Si oui, nom et coordonnées du curateur / représentant ou fondé de pouvoir :	
_____	

**Legal Section / Section légale**

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   
Unknown / Inconnu

Civil / Civiles  Criminal / Criminelles

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 : \_\_\_\_\_

**Legal decision-maker(s) :** Complete the section below if the client has any of the following :

**Décideur(s) juridique(s) :** Remplissez la section ci-dessous si le client possède l'un des suivants :

- a Power of Attorney / une procuration
- under the *Infirm Persons Act* / selon la *Loi sur les personnes déficientes* :
  - o a Committee of the Person and/or Estate / un curateur à la personne et/ou aux biens
- under the *Supported Decision-Making and Representation Act* / selon la *Loi sur la prise de décision accompagnée et la représentation* :
  - o a Decision-Making Assistance Authorization / une autorisation d'assistance à la prise de décision;
  - o a Supported Decision-Making Order; or / une Ordonnance de prise de décision accompagnée; ou
  - o a Representation Order / une Ordonnance de représentation.

Copy of relevant document attached / Copie du document pertinent ci-joint: Yes / Oui  No / Non

Location of original relevant document / Lieu du document pertinent original : \_\_\_\_\_

Name(s) of relevant individual(s) / nom(s) de la (des) personne(s) pertinent(s) : \_\_\_\_\_

Contact information of relevant individuals/ Coordonnées des personnes pertinents : \_\_\_\_\_

**Health and Medical Section / Section santé et médicale**

Client's social worker / Travailleur(euse) social(e) du (de la) client(e) : \_\_\_\_\_ Tel./ Tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Medical practitioner, nurse practitioner, or psychologist who has completed or is willing to complete a Capacity Assessment Report / Médecin, infirmière praticienne, ou psychologue qui a complété ou qui est prêt à achever un rapport d'évaluation de l'aptitude :

\_\_\_\_\_ / Tel./ Tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Capacity Assessment Report attached with the approval of the medical practitioner / nurse practitioner / psychologist / Le rapport d'évaluation de l'aptitude est joint avec l'approbation du médecin / l'infirmière praticienne / le psychologue : Yes / Oui  No / Non

Does the client have a primary care provider? / Est-ce que le client a un fournisseur de soins primaires? Yes / Oui  No / Non

If yes, /Si oui, Name of primary care provider / Nom du fournisseur de soins primaires : \_\_\_\_\_ Tel./ Tél. : ( ) \_\_\_\_\_

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

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

**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

Date of assessment (d/m/y) / Date de l'évaluation (j/m/a) : \_\_\_\_\_ What level? / À quel niveau?

**Is the client awaiting placement in a nursing home? / Est-ce que le client est en attente de placement dans un foyer de soins?** Yes / Oui  No / Non

Name of Nursing home / Nom du foyer de soins : \_\_\_\_\_

Is this client in palliative care? / Est-ce que le client est aux soins palliatifs? Yes / Oui  No / Non

**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

Are you, as the Referral Party, **able and willing** to swear to (or solemnly affirm) by affidavit, facts based on your personal observation/knowledge of the client's condition, social history, and family circumstances? / Yes / Oui

Est-ce que vous, comme personne référente, **êtes capable et acceptez** d'attester sous serment (ou d'affirmer solennellement) par affidavit, les faits selon vos observations/connaissances personnelles l'état de la santé du client, ses antécédents sociaux et sa situation familiale? No / Non

**If not / Si non,**

Name and contact information of a person acquainted with the client who is able and willing to do so? / Nom et coordonnées d'une personne connaissant le client qui veut et peut le faire? \_\_\_\_\_

**If yes /Si oui,**

How long have you been acquainted with the client? (d/m/a) / Vous connaissez le client depuis quand? (j/m/a) \_\_\_\_\_

Facts, based on your personal observation/knowledge of the client's condition, social history, and family circumstances (For example: Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) / Les faits, selon vos observations/connaissances personnelles du client, qui aideront la cour à se former une opinion sur l'état du client. (par exemple : Activités de vie domestique (AVD) et Activités de vie quotidienne (AVQ)).

---



---



---



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

**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? / If so, name of the institution and location / Est-ce que le (la) client(e) a un compte bancaire? / Si oui, nom de l'institution et adresse :** \_\_\_\_\_ **Balance / Solde :** \$ \_\_\_\_\_

**Does the client have any investments? / If so, name of the institution and location / Est-ce que le (la) client(e) a des investissements? / 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?** \_\_\_\_\_

If the client owns real property or mobile-home/mini-home, does someone else reside in the client's property? / Si le client appartient un bien réel ou une maison-mobile, est-ce qu'une autre personne reside dans cette propriété? Yes / Oui  No / Non

If yes, what is their name, relationship to the client, and their contact information? / Si oui, quel est leurs noms, relation avec le client, et leurs coordonnées? \_\_\_\_\_

**Does the client own a vehicle? / Est-ce que le (la) client(e) possède un véhicule?** Yes / Oui  No / Non

If so location and estimated value? / 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 VIA  
FACSIMILE: (506) 444-3500  
EMAIL: [Public.trustee@gnb.ca](mailto:Public.trustee@gnb.ca)  
MAIL: PUBLIC TRUSTEE, 412 QUEEN STREET, SUITE 210, FREDERICTON, NB E3B 1B6.**

**VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE REMPLI PAR  
TÉLÉCOPIEUR : (506) 444-3500  
COURRIEL : [curateur.public@gnb.ca](mailto:curateur.public@gnb.ca)  
POSTE : CURATEUR PUBLIC, 412 RUE QUEEN, PIÈCE 210, FREDERICTON (N.-B) E3B 1B6.**