

I N S T R U C T I O N S

Le fournisseur de soins de santé qui remplit le présent formulaire doit s'assurer d'en faire parvenir une copie :

- au tuteur et curateur public
- à la personne visée.

Au sujet de : _____
Nom complet en lettres détachées

de _____
Adresse à domicile en lettres détachées

qui réside présentement au _____,
Nom de l'établissement ou de tout autre lieu de résidence, si différent, en lettres détachées

Je, _____
Nom du fournisseur de soins de santé, en lettres détachées

de _____ déclare :
Nom de la clinique médicale ou de l'établissement de soins de santé en lettres détachées

1. J'ai examiné la personne susmentionnée le _____
Date (jour/mois/année)

2. J'ai des motifs raisonnables de croire que la personne susmentionnée **n'est pas incapable** de prendre des décisions raisonnables concernant ses affaires financières. Je déclare donc que la personne susmentionnée n'a plus besoin d'une protection financière.

FAIT à _____,
ce _____ jour de _____
mois , _____
année

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

NOM DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ EN LETTRES DÉTACHÉES

SIGNATURE DU TÉMOIN

Les renseignements dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins* pour satisfaire aux besoins d'annulation d'un Certificat de nécessité de protection financière en règle (formulaire 2 CCA). Pour tout renseignement, communiquez avec le coordonnateur de la LAIPVP au ministère de la Santé et des Affaires sociales (H-1), C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, (867) 667-3010.