

GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP ACT

**GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP  
REGULATIONS**  
R-047-2017

**AMENDED BY**

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared by Legislation Division, Department of Justice, for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette*.

This consolidation and other G.N.W.T. legislation can be accessed on-line at

<https://www.justice.gov.nt.ca/en/browse/laws-and-legislation/>

LOI SUR LA TUTELLE

**RÈGLEMENT SUR LA TUTELLE**  
R-047-2017

**MODIFIÉ PAR**

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire par les Affaires législatives du ministère de la Justice. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* ont force de loi.

La présente codification administrative et les autres lois et règlements du G.T.N.-O. sont disponibles en direct à l'adresse suivante :

<https://www.justice.gov.nt.ca/en/browse/laws-and-legislation/>



## GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP ACT

### GUARDIANSHIP AND TRUSTEESHIP REGULATIONS

The Commissioner, on the recommendation of the Minister of Justice, under subsection 64(2) of the *Guardianship and Trusteeship Act* and every enabling power, makes the *Guardianship and Trusteeship Regulations*.

#### Compensation of Trustee from Estate

1. (1) A person appointed as a trustee is entitled to compensation from the estate of the represented person in accordance with the following:

- (a) 2.5% on capital and income receipts;
- (b) 2.5% on capital and income disbursements;
- (c) 0.4% on the annual average value of the assets as a care and management fee.

(2) The compensation under subsection (1) may be taken monthly, quarterly or annually.

2. These regulations do not apply where the Public Trustee is appointed as a trustee.

#### Accounts

3. (1) In this section, "transaction" includes
- (a) receiving, paying, gifting or lending money on behalf of a represented adult;
  - (b) acquiring, disposing of or lending property other than money on behalf of a represented adult;
  - (c) transferring money between different accounts maintained by a trustee on behalf of a represented adult;
  - (d) incurring or discharging a liability on behalf of a represented adult; and
  - (e) entering into a contract on behalf of a represented adult.

(2) The accounts required under subsection 43(6) of the Act must include all of the following information that applies to each transaction involving the estate of the represented person:

- (a) the date of the transaction;

## LOI SUR LA TUTELLE

### RÈGLEMENT SUR LA TUTELLE

Le commissaire, sur la recommandation du ministre de la Justice, en vertu du paragraphe 64(2) de la *Loi sur la tutelle* et de tout pouvoir habilitant, prend le *Règlement sur la tutelle*.

#### Compensation du fiduciaire

1. (1) La personne nommée fiduciaire a droit d'être compensée à même l'actif de la personne représentée en conformité avec ce qui suit :

- a) 2,5 % des sommes d'argent reçues à titre de capital ou de revenu;
- b) 2,5 % des débours sur capital ou revenu;
- c) 0,4 % de la valeur annuelle moyenne des actifs à titre de frais à l'égard des soins et de la gestion.

(2) La compensation prévue au paragraphe (1) peut avoir lieu mensuellement, trimestriellement ou annuellement.

2. Le présent règlement ne s'applique pas lorsque le curateur public est nommé fiduciaire.

#### Comptes

3. (1) Dans le présent article, «transaction» s'entend notamment de chacune des activités suivantes :

- a) recevoir, payer, donner ou prêter une somme d'argent au nom d'un adulte représenté;
- b) acquérir, disposer ou prêter un bien autre qu'une somme d'argent au nom d'un adulte représenté;
- c) transférer une somme d'argent entre différents comptes gérés par un fiduciaire au nom d'un adulte représenté;
- d) contracter ou acquiescer une dette au nom d'un adulte représenté;
- e) conclure un contrat au nom d'un adulte représenté.

(2) Les comptes qui sont tenus en vertu du paragraphe 43(6) de la loi relativement à toute transaction impliquant les biens de la personne représentée doivent comprendre tous les renseignements suivants :

- a) la date de la transaction;

- (b) the name of the other party to the transaction;
- (c) if money is received or paid in the transaction,
  - (i) the amount,
  - (ii) a description of the transaction, and
  - (iii) the account into which the money is deposited or from which the money is paid or advanced;
- (d) if money is transferred between accounts in the transaction, the amount transferred and the accounts affected;
- (e) a brief description of any items, services or property acquired in, disposed of or lent in the transaction;
- (f) if the transaction is a gift, including a charitable donation, made by the trustee on behalf of the represented adult,
  - (i) a statement to that effect, and
  - (ii) the estimated fair market value of the gifted property, if the property is not money;
- (g) receipts or invoices for all transactions involving the payment of \$300 or more.

#### Forms

**4.** (1) The prescribed form of the report that must accompany each of the following is set out in Form 1 of the Schedule:

- (a) an application for a guardianship order under subsection 2(2) of the Act;
- (b) an application for a trusteeship order under subsection 27(1) of the Act;
- (c) an application under subsection 27(2) of the Act.

(2) A trustee must, when required under section 44 of the Act or when the Court so orders, file an inventory of the assets and liabilities of the estate of a represented person in respect of which the trustee is appointed, by submitting a completed Form 2 in the Schedule.

**5. The *Trustee Fee Regulations*, established by regulation numbered R-083-97, are repealed.**

**6. The *Guardianship and Trusteeship Forms Regulations*, established by regulation numbered R-049-97, are repealed.**

- b) le nom de l'autre partie à la transaction;
- c) si, lors d'une transaction, une somme d'argent est reçue ou payée, à la fois :
  - (i) le montant,
  - (ii) une description de la transaction,
  - (iii) le compte dans lequel la somme est déposée ou duquel la somme est payée ou avancée;
- d) si, lors d'une transaction, une somme d'argent est transférée entre des comptes, le montant transféré et les comptes visés;
- e) une brève description de tous les biens ou services acquis, disposés ou prêtés lors d'une transaction;
- f) si la transaction est un don, notamment un don de bienfaisance, fait par le fiduciaire au nom de l'adulte représenté, à la fois :
  - (i) une mention à cet effet,
  - (ii) la juste valeur marchande de biens donnés, si les biens n'incluent pas une somme d'argent;
- g) les reçus ou les factures de toutes les transactions qui impliquent un paiement d'un montant de 300 \$ ou plus.

#### Formules

**4.** (1) Le rapport, dans sa forme réglementaire établie à la formule 1 de l'annexe, doit accompagner l'une ou l'autre des demandes suivantes :

- a) la demande d'ordonnance de tutelle en vertu du paragraphe 2(2) de la loi;
- b) la demande d'ordonnance portant nomination d'un fiduciaire en vertu du paragraphe 27(1) de la loi;
- c) la demande en vertu du paragraphe 27(2) de la loi.

(2) Le fiduciaire doit, lorsque l'exige l'article 44 de la loi ou si le tribunal l'ordonne, déposer un inventaire de l'actif et du passif de la personne représentée pour laquelle il est nommé, en déposant la formule 2 de l'annexe complétée.

**5. Le *Règlement sur les droits payables au fiduciaire*, pris par le règlement n° R-083-97, est abrogé.**

**6. Le *Règlement sur les formules relatives à la tutelle*, pris par le règlement n° R-049-97, est abrogé.**

SCHEDULE

FORM 1

(Subsection 4(1))

**IN THE SUPREME COURT OF THE NORTHWEST TERRITORIES**

**IN THE MATTER of an application for an Order for the appointment of  
a Guardian and/or a Trustee of \_\_\_\_\_**

**CAPACITY ASSESSMENT REPORT**

This report has been prepared by \_\_\_\_\_ as part of

- an application for a guardianship order under subsection 2(2) of the Act,
- an application for a trusteeship order under subsection 27(1) of the Act, or
- an application under subsection 27(2) of the Act.

This report is submitted in support of an application for guardianship and/or trusteeship order for \_\_\_\_\_.

The information contained in this assessment report has been obtained directly and/or indirectly from various individuals who are knowledgeable about the circumstances of \_\_\_\_\_.

The following items are attached as appendices to this report to provide the Court with more detailed information:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**I. GENERAL PERSONAL INFORMATION**

**1. Assessed Person**

First Name: \_\_\_\_\_  
 Middle Name(s): \_\_\_\_\_  
 Last Name: \_\_\_\_\_  
 Maiden Name: (if applicable) \_\_\_\_\_  
 Nicknames: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Community: \_\_\_\_\_  
 Province or Territory: \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_  
 Telephone Number ( ) \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Place of Birth: \_\_\_\_\_  
 Gender: \_\_\_\_\_  
 Citizenship: \_\_\_\_\_  
 Religion: (if applicable) \_\_\_\_\_

Marital Status:  
 Married       Separated  
 Common-Law       Widowed  
 Divorced       Single

Name of Spouse: \_\_\_\_\_

**2. Current Caregiver:** (Individual, institution or agency providing primary care and assistance to the assessed person.)

Name of individual, institution or agency: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Community: \_\_\_\_\_  
Province or Territory: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_ Telephone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relationship to this person:

- Spouse       Sibling  
 Parent       Friend  
 Child       Grandparent  
 Grandchild

Other: (Explain) \_\_\_\_\_

Nearest Relative:

Name: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Community: \_\_\_\_\_  
Province or Territory: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_ Telephone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Further comments, if any: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. ASSESSMENT INFORMATION**

**1. Physical Assessment**

**(a) Mobility**

Is this person:

- Fully independent  
 Independent with cane, walker, etc  
 Requiring of some assistance  
 Wheelchair - independent  
 Wheelchair - requiring assistance  
 Confined to bed, or bed to chair only

Further comments, if any: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(b) Communication**

Language of Communication:

	Primary	Secondary
Chipewyan	[ ]	[ ]
Cree	[ ]	[ ]
English	[ ]	[ ]
French	[ ]	[ ]
Inuinnaqtun	[ ]	[ ]
Inuktitut	[ ]	[ ]
Inuvialuktun	[ ]	[ ]
Gwich'in	[ ]	[ ]
North Slavey	[ ]	[ ]
South Slavey	[ ]	[ ]
Tłıchǫ	[ ]	[ ]
Other _____		

Is this person able to:

- |                                                     |         |             |        |
|-----------------------------------------------------|---------|-------------|--------|
| (i) communicate verbally and be understood?         | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (ii) hear and understand communication from others? | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (iii) make needs known?                             | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (iv) express abstract ideas?                        | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (v) read?                                           | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (vi) write?                                         | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (vii) use sign language or symbols?                 | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |
| (viii) Communicate through other means?             | [ ] Yes | [ ] Limited | [ ] No |

If this person communicates through other means, please explain: \_\_\_\_\_

---

---

---

**(c) Memory Retention**

Is this person able to:

- |                                            |                              |                                  |                             |
|--------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| (i) recall information from an hour ago?   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (ii) recall information from 24 hours ago? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iii) recall information from a week ago?  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iv) recall events from long ago?          | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |

Further comments, if any: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(d) Vision**

Does this person have adequate vision  
with or without corrective lenses?  Yes  Limited  No

If "no", please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(e) Activities of Daily Living**

Is this person physically capable to carry out the following activities of daily living:

- |                                |                              |                                  |                             |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| (i) wash hands and face?       | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (ii) shower?                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iii) bathe?                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iv) brush or comb hair?       | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (v) brush teeth?               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (vi) dress himself or herself? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (vii) feed himself or herself? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (viii) prepare meals?          | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |

If "limited", please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(f) Household Chores**

Is this person able to carry out the following household chores:

- |                                         |                              |                                  |                             |
|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| (i) do dishes?                          | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (ii) do laundry?                        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iii) make beds?                        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (iv) use a broom or mop?                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |
| (v) recognize household safety hazards? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Limited | <input type="checkbox"/> No |



If "limited", please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(g) Physical Aids**

Is this person provided with any of the following necessary physical aids:

- |                                    |                              |                             |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| (i) eye glasses or contact lenses? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| (ii) walking aids?                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| (iii) hearing aids?                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| (iv) dentures?                     | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| (v) other physical aids?           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

If "yes" for (v), please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does this person require any of the above physical aids that are not being provided?  Yes  No

If "yes", please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(h) Medications**

Is this person currently taking medication?  Yes  No

If "yes", please list the drugs that are being administered and what they are for: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prognosis**

Are any changes expected in this person's physical abilities?  Yes  No

If "yes", please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Mental Assessment**

(a) Is this person fully aware of his or her surroundings?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(b) Is this person fully aware of time?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(c) Does this person remember and follow simple directions?  Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(d) Does this person recognize friends and relatives?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(e) Does this person respond to his or her name?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(f) Is this person behaving violently towards another individual or causing another individual to fear bodily harm?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(g) Has this person behaved violently towards another individual or caused another individual to fear bodily harm?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

**Prognosis**

Are any changes expected in this person's mental capacity?

Yes      No

If "yes", please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Health Care**

Does this person:

(a) participate in own care and treatment?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(b) inform the appropriate person about health problems?      Yes      Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(c) make and keep medical appointments? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(d) agree to whatever treatment is suggested by doctors and others? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(e) understand the risks and benefits of treatments, when explained? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

#### 4. Social Assessment

(a) does this person participate in social activities outside the home? (e.g. attend church, bingo, cultural gatherings, etc.) [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(b) Does this person have visitors to his or her residence? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(c) Does this person make and keep friends? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(d) Does this person recognize persons whom he or she sees frequently? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(e) Does this person express preferences with regard to whom he or she wishes to socialize with and act on these preferences? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(f) Does this person recognize situations of potential abuse and avoid or change these situations? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(g) Does this person exhibit inappropriate social behaviour? [ ] Yes [ ] Occasionally [ ] No

Comments: \_\_\_\_\_

(h) Is this person easily led by others regardless of the consequences?  Yes  Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(i) Can this person function in a familiar environment?  Yes  Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

(j) Can this person function outside a familiar environment?  Yes  Occasionally  No

Comments: \_\_\_\_\_

### Prognosis

Are any changes expected in this person's social behaviour?  Yes  No

If "yes", please explain: \_\_\_\_\_

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

### 5. Living Arrangements

(a) Does this person live:

- Alone
- With relatives
- With friends
- Group home
- Special care facility
- Enriched housing (apartment with access to central services, e.g., meals, activities, etc.)
- Long term care in hospital
- Personal care home
- Psychiatric care facility
- Other \_\_\_\_\_

Describe: (e.g. Name of facility, number and relationship of other occupants, cooking and living arrangements, etc.) \_\_\_\_\_

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

(b) Is this person satisfied with current living arrangements?

Satisfied  Somewhat dissatisfied  Dissatisfied

Explain: \_\_\_\_\_

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

(c) If different living arrangements are planned, is this person satisfied with those arrangements?

Satisfied     Somewhat dissatisfied     Dissatisfied

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(d) Is this person able to access community supports independently? (e.g. ambulance, taxi, etc.)

Yes     Occasionally     No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(e) Are this person's statements about current living situations consistent with reality?

Frequently     Occasionally     No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(f) Is this person's current living situation the least restrictive alternative?

Yes     No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(g) Is this person aware of other suitable residential alternatives?

Yes     Limited     No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Education Assessment** (Education includes any formal or informal training or education) Indicate highest level completed.

(a) Post-secondary education, years completed:

1 2 3 4 5 6 7

(b) Degree/diploma received: \_\_\_\_\_

(c) Elementary or secondary education, highest grade completed:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

(d) No formal education

(e) Other training completed: \_\_\_\_\_

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

(f) Is this person capable of participating in an educational, vocational or training program?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_

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

(g) Is this person aware of educational alternatives?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_

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

**7. Employment Assessment** (Employment means any activity for which a wage is paid.)

(a) Work experience: (List the last three positions held by this person, beginning with most recent position, including self-employment, employment for wages or salary and professional or business undertakings. Use additional pages if necessary.)

Location of Employment	Duties	Period of Time Employed	Reason for Leaving
1.			
2.			
3.			

(b) Describe any educational or training program in which this person is currently engaged.

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

(c) Does this person show interest in a line of work commensurate with his or her present ability?

Yes                       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(d) Is this person capable of becoming involved in work activity?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(e) Does this person work safely?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(f) Does this person understand wages and benefits?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(g) Is this person aware of work alternatives?

Yes                       Limited                       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Legal issues**

(a) Does this person hold or require any licences or permits, etc.?

Yes                       No

If "yes", please indicate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) Does this person understand that it is wrong to assault someone or for someone to assault him or her?

Always       Sometimes     Seldom     Never

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(c) Does this person understand that it is wrong for him or her to steal or for someone to steal from him or her?

Always       Sometimes     Seldom     Never

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(d) Does this person lie on a regular basis?

Yes       No

If "yes", does this person recognize this behaviour as lying?

Yes       No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(e) Which statement best describes this person's understanding of the implications of signing legal documents:

- signs document after appropriate consideration
- requires interpretation or assistance
- does not give appropriate consideration to document before signing

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



(f) Is this person's property currently managed by:

- himself/herself
- Public Trustee
- other individual

If other individual:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

(g) Source of authority for "other individual" named above:

- court order
- power of attorney
- informal arrangement
- other: \_\_\_\_\_

(h) Is this person satisfied with the current management of his or her property and any proposed changes to the management of his or her property?

- Yes                       No

Explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Financial Understanding

(a) Does this person:

(i) understand the relative value of money? (e.g. what 25 cents will buy, what \$10 will buy)

- Yes     Frequently     Occasionally     No

(ii) pay his or her own bills?

- Yes     Frequently     Occasionally     No

(iii) know what his or her income is?

- Yes     Frequently     Occasionally     No

(iv) know what his or her expenses are?

- Yes     Frequently     Occasionally     No

(v) know what property he or she owns?

- Yes     Frequently     Occasionally     No

(vi) show awareness of what his or her obligations or liabilities are?

Yes     Frequently     Occasionally     No

(b) Describe this person's spending habits: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Further comments, if any: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Assets and Income**

(a) Provide details of assets that this person may have:

- (i) bank accounts \$ \_\_\_\_\_
- (ii) land and homes \$ \_\_\_\_\_
- (iii) other items (e.g. snowmobiles, cars, trucks, boats, etc.) \$ \_\_\_\_\_

Details and location of land and other assets: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) Current income sources:

Source _____	Amount \$ _____
Source _____	Amount \$ _____
Source _____	Amount \$ _____

(c) List any other potential sources of income: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Financial Needs**

Explain any present or future expenses that this person has or will have and advise whether these will require any special consideration: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. DECISION-MAKING ABILITY**

**1. Physical Care**

(a) Does this person have the ability by himself or herself or with assistance to understand information that is relevant to making a decision concerning his or her own:

	<u>By himself/herself</u>	<u>With assistance</u>
(i) health care	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No
(ii) nutrition	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No
(iii) shelter	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No
(iv) clothing	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No
(v) hygiene	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No
(vi) safety	[ ] Yes [ ] No	[ ] Yes [ ] No

(b) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequences of:

- (i) not obtaining required medical treatment? [ ] Yes [ ] No
- (ii) not eating meals that provide adequate nutrition? [ ] Yes [ ] No
- (iii) living in a shelter that is not adequate for the current weather conditions? [ ] Yes [ ] No
- (iv) not wearing clothing that is adequate for the current weather conditions? [ ] Yes [ ] No
- (v) not attending to personal hygiene on a daily basis? [ ] Yes [ ] No
- (vi) not protecting himself or herself from physical or bodily harm? [ ] Yes [ ] No

Examples, if any: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Financial Management**

- (a) Does this person understand information that is relevant to making a decision concerning his or her financial affairs? [ ] Yes [ ] No
- (b) If this person receives explanation and assistance, is he or she able to understand information that is relevant to making a decision concerning his or her financial affairs? [ ] Yes [ ] No

- (c) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision concerning his or her financial affairs or the lack of such a decision?  Yes  No
- (d) If this person receives explanation and assistance, is he or she able to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision concerning his or her financial affairs or the lack of such a decision?  Yes  No
- (e) Does this person appreciate the reasonably foreseeable consequence of not protecting his or her property from damage or destruction?  Yes  No

Other comments, if any: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. SUBSTANTIAL BENEFIT**

**1. Support Network**

- (a) Is this person dependent on helpers, friends or relatives when decisions need to be made?  
 Yes  Limited  No

Explain: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- (b) Is there a social support system (e.g. friends, family, etc.) available to assist this person with decision making?  
 Yes  Limited  No

Explain: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- (c) Do the decisions made with or by the support system referred to in (b) above meet this person's needs and ensure a good quality of life? (e.g. this person gets adequate medical care, is not at risk of abuse, neglect or victimization, etc.)  
 Yes  Limited  No

Explain: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(d) Have there been any instances of abuse, neglect or victimization?

Yes  Limited  No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(e) Are there any imminent risks of physical or mental harm coming to this individual if a guardian or a trustee is not appointed?

Yes  Limited  No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(f) What services are not available because of the lack of guardian or trustee?

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(g) Is this person aware that a guardianship/trusteeship application may be made?

Yes  No

If yes, how did the person become aware and what was his or her response?

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(h) In your opinion will the granting of the order requested provide a substantial benefit to this person?

Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. PREFERRED GUARDIAN AND/OR TRUSTEE**

**1. Preferences**

(a) Has this person expressed a preference for any individual to be his or her guardian?

Yes       No

If "yes", please provide the following information in respect of that individual:

Name: \_\_\_\_\_

First Name

Last Name

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Relationship to this person: \_\_\_\_\_

(b) Has this person expressed a preference for any individual to be his or her trustee?

Yes       No

If "yes", please provide the following information in respect of that individual:

Name: \_\_\_\_\_

First Name

Last Name

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Relationship to this person: \_\_\_\_\_

**VI. OTHER PERTINENT INFORMATION**

1. Is there any other information pertinent to assessing the competency of this person that has not been addressed in this information report?

Yes       No

If "yes", please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Information on person preparing report:

The information provided in this report is true to the best of my knowledge, information and belief.

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Professional Status or Occupation)

\_\_\_\_\_  
(Date of Completion)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Address)

\_\_\_\_\_  
(Community)

\_\_\_\_\_  
(Postal Code)

ANNEXE

FORMULE 1

(paragraphe 4(1))

**COUR SUPRÊME DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST**

**DANS L’AFFAIRE de la demande d’ordonnance portant nomination du tuteur  
ou du fiduciaire, ou des deux, de \_\_\_\_\_**

**RAPPORT D’ÉVALUATION**

Le présent rapport a été préparé par \_\_\_\_\_ comme étant partie, selon le cas :

- à la demande d’ordonnance de tutelle en vertu du paragraphe 2(2) de la loi,
- à la demande de rendre une ordonnance portant nomination d’un fiduciaire en vertu du paragraphe 27(1) de la loi,
- à la demande faite en vertu du paragraphe 27(2) de la loi.

Le présent rapport est soumis à l’appui d’une demande d’ordonnance de tutelle ou d’ordonnance portant nomination du fiduciaire, ou des deux, de \_\_\_\_\_ .

Les renseignements contenus au présent rapport ont été obtenus directement ou indirectement de différentes personnes qui connaissent \_\_\_\_\_ .

Les éléments suivants sont annexés au présent rapport afin d’apporter de plus amples détails au tribunal :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**1. Personne évaluée**

Prénom : \_\_\_\_\_  
Deuxième prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de famille : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : (si applicable) \_\_\_\_\_  
Surnom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Collectivité : \_\_\_\_\_  
Province ou territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_  
Citoyenneté : \_\_\_\_\_  
Religion : (si applicable) \_\_\_\_\_

Situation de famille :

- Marié(e)                       Séparé(e)
- Conjoint(e) de fait         Veuf(ve)
- Divorcé(e)                     Célibataire

Nom du conjoint ou de la conjointe : \_\_\_\_\_

**2. Prestataire de soins actuel :** (personne, établissement ou organisme prestataire de soins primaires et de l'aide à la personne évaluée)

Nom de la personne, de l'établissement ou de l'organisme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Collectivité : \_\_\_\_\_  
Province ou territoire : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Lien avec la personne évaluée :

- Conjoint(e)       Frère ou Soeur  
 Père ou mère     Ami(e)  
 Enfant             Grand-parent  
 Petit-fils ou petite-fille

Autre : (Expliquez) \_\_\_\_\_

Parent le plus proche :

Nom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Collectivité : \_\_\_\_\_  
Province ou territoire : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## II. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ÉVALUATION

### 1. Évaluation physique

#### a) Mobilité

La personne évaluée :

- est totalement autonome  
 est autonome avec une canne, une marchette, etc.  
 nécessite de l'aide dans ses déplacements  
 est en chaise roulante et autonome  
 est en chaise roulante et nécessite de l'aide dans ses déplacements  
 est alitée ou ne se déplace que du lit à une chaise

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**b) Communication**

Langue de communication :

	Maternelle	Seconde
chipewyan	[ ]	[ ]
cree	[ ]	[ ]
anglais	[ ]	[ ]
français	[ ]	[ ]
inuinnaqtun	[ ]	[ ]
inuktitut	[ ]	[ ]
inuvialuktun	[ ]	[ ]
gwich'in	[ ]	[ ]
esclave du Nord	[ ]	[ ]
esclave du Sud	[ ]	[ ]
tłchq	[ ]	[ ]
autre _____		

La personne évaluée est-elle capable :

- |                                                     |         |             |         |
|-----------------------------------------------------|---------|-------------|---------|
| i) de communiquer verbalement et d'être comprise?   | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| ii) d'entendre et de comprendre les autres?         | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| iii) de faire connaître ses besoins?                | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| iv) d'exprimer des idées abstraites?                | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| v) de lire?                                         | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| vi) d'écrire?                                       | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| vii) d'utiliser le langage gestuel ou des symboles? | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |
| viii) de communiquer par d'autres moyens?           | [ ] Oui | [ ] Limitée | [ ] Non |

Si la personne évaluée communique par d'autres moyens, veuillez expliquer lesquels : \_\_\_\_\_

---

---

---

**c) Mémorisation**

La personne évaluée est-elle apte à :

- i) se souvenir de renseignements d'une heure auparavant? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- ii) se souvenir de renseignements de 24 heures auparavant? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- iii) se souvenir de renseignements d'une semaine auparavant? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- iv) se souvenir d'évènements survenus il y a longtemps? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**d) Vue**

La personne évaluée a-t-elle une vue suffisante avec ou sans lentilles correctrices?

- [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non

Si «non», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**e) Activités quotidiennes**

La personne évaluée est-elle physiquement apte à accomplir les tâches quotidiennes suivantes :

- i) se laver les mains et le visage? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- ii) prendre une douche? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- iii) prendre un bain? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- iv) se brosser ou se peigner les cheveux? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- v) se brosser les dents? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- vi) s'habiller? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- vii) se nourrir? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non
- viii) préparer des repas? [ ] Oui [ ] Limitée [ ] Non

Si «limitée», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**f) Corvées domestiques**

La personne évaluée est-elle apte à exécuter les corvées domestiques suivantes :

- |                                                  |                              |                                  |                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| i) faire la vaisselle?                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Limitée | <input type="checkbox"/> Non |
| ii) faire la lessive?                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Limitée | <input type="checkbox"/> Non |
| iii) faire son lit?                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Limitée | <input type="checkbox"/> Non |
| iv) utiliser un balai ou une vadrouille?         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Limitée | <input type="checkbox"/> Non |
| v) reconnaître les risques d'accidents ménagers? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Limitée | <input type="checkbox"/> Non |

Si «limitée», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

---

---

**g) Aides physiques**

Les besoins physiques suivants nécessaires à la personne évaluée sont-ils comblés :

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| i) lunettes ou lentilles de contact? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ii) aides à la marche?               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| iii) prothèses auditives?            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| iv) prothèses dentaires?             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| v) autres aides physiques?           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si «oui», pour v) veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

---

---

La personne évaluée a-t-elle besoin de l'une ou l'autre des aides physiques mentionnées ci-dessus et dont elle ne dispose pas encore?

Oui                       Non

Si «oui», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

---

---

**h) Médicaments**

La personne évaluée prend-elle actuellement des médicaments?

Oui                       Non

Si «oui», donnez-en la liste et indiquez à quoi ils servent : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Pronostic

Des modifications dans les aptitudes physiques de la personne évaluée sont-elles à prévoir?

Oui                       Non

Si «oui», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Évaluation mentale

a) La personne évaluée est-elle consciente de son environnement?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

b) La personne évaluée a-t-elle la notion du temps?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

c) La personne évaluée se souvient-elle et suit-elle de simples instructions?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

d) La personne évaluée reconnaît-elle ses amis et sa famille?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

e) La personne évaluée répond-elle à l'appel de son nom?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

f) La personne évaluée a-t-elle un comportement violent envers une autre personne ou une personne lui fait-elle craindre des lésions corporelles?

Oui                       Parfois                       Non

Remarques : \_\_\_\_\_

g) La personne évaluée a-t-elle déjà eu un comportement violent envers une autre personne ou une autre personne lui a-t-elle fait craindre des lésions corporelles?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

### **Pronostic**

Des modifications dans les capacités mentales de la personne sont-elles à prévoir?

Oui                     Non

Si «oui», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **3. Soins médicaux**

La personne évaluée :

a) se prodigue-t-elle ses propres soins ou traitements?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

b) informe-t-elle la personne compétente relativement à ses problèmes de santé?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

c) prend-elle et tient-elle ses rendez-vous médicaux?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

d) est-elle d'accord avec le traitement quel qu'il soit, préconisé notamment par un médecin?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

e) comprend-elle les risques et les avantages des traitements lorsqu'ils lui sont expliqués?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

#### 4. Évaluation sociale

- a) La personne évaluée participe-t-elle à des activités sociales en dehors de son foyer (messe, bingo, rencontres culturelles, etc.)?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- b) La personne évaluée reçoit-elle des visiteurs à son foyer?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- c) La personne évaluée se fait-elle des amis et les garde-t-elle?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- d) La personne évaluée reconnaît-elle les personnes qu'elle voit souvent?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- e) La personne évaluée exprime-t-elle des préférences quant aux personnes qu'elle veut fréquenter et agit-elle en fonction de ces préférences?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- f) La personne évaluée reconnaît-elle les situations d'abus potentiel et évite-t-elle ou modifie-t-elle ces situations?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- g) La personne évaluée a-t-elle un comportement social inapproprié?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

- h) La personne évaluée se laisse-t-elle facilement mener par les autres, indifféremment des conséquences?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

i) La personne évaluée peut-elle évoluer dans un environnement connu?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

j) La personne évaluée peut-elle évoluer dans un environnement inconnu?

Oui                     Parfois                     Non

Remarques : \_\_\_\_\_

### **Pronostic**

Des modifications du comportement social de la personne évaluée sont-ils à prévoir?

Oui                     Non

Si «oui», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

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

### **5. Conditions de logement**

a) La personne évaluée vit :

- seule
- avec de la parenté
- avec des amis
- en foyer collectif
- en établissement de soins spéciaux
- en appartement avec services compris (appartement avec accès à des services centraux, tels que des repas, activités, etc.)
- dans un centre hospitalier de longue durée
- en foyer de soins personnels
- en établissement de soins psychiatriques
- autre \_\_\_\_\_

Décrivez : (par exemple le nom de l'établissement, le nombre d'occupants et le lien de parenté entre ceux-ci, les conditions de logement et de préparation des repas, etc.) \_\_\_\_\_

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

b) La personne évaluée est-elle satisfaite de ses conditions de logement actuelles?

Satisfaite                     Quelque peu insatisfaite                     Insatisfaite

Expliquez : \_\_\_\_\_

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

c) Si de nouvelles conditions de logement sont prévues, la personne évaluée est-elle satisfaite de celles-ci?

Satisfaite                       Quelque peu insatisfaite                       Insatisfaite

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) La personne évaluée a-t-elle accès, de manière indépendante, à du soutien communautaire? (par exemple ambulance, taxi, etc.)

Oui                       Parfois                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Les déclarations de la personne évaluée relativement à ses conditions de logement présentes concordent-elles avec la réalité?

Souvent                       Parfois                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Les conditions actuelles de logement de la personne évaluée correspondent-elles à la solution la moins contraignante?

Oui                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres solutions résidentielles convenables?

Oui                       Limitée                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**6. Évaluation de l'éducation** («Éducation» comprend toute forme d'éducation.) Précisez le plus haut niveau réussi.

a) Éducation postsecondaire, années réussies :

1 2 3 4 5 6 7

b) Diplôme reçu : \_\_\_\_\_

c) Éducation élémentaire ou secondaire, plus haute année réussie :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

d) Pas d'éducation formelle

e) Autre formation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f) La personne évaluée est-elle apte à participer à un programme éducationnel, professionnel ou de formation?

Oui             Limitée             Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres possibilités éducationnelles?

Oui             Limitée             Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Renseignements sur l'emploi** («Emploi» s'entend d'une activité pour laquelle la personne évaluée est rémunérée.)

a) Expérience de travail : (Faites la liste des trois derniers emplois occupés en commençant par le plus récent, y compris les emplois à son propre compte, les emplois rémunérés, les entreprises ou commerces. Utiliser d'autres feuilles si nécessaire.)

Lieu de l'emploi	Fonctions	Périodes d'emploi	Raisons du départ
1.			
2.			
3.			

b) Décrivez tout programme éducationnel ou de formation dans lequel la personne évaluée est actuellement inscrite.

---

---

---

---

c) La personne évaluée est-elle intéressée par un type d'emploi correspondant à ses capacités?

Oui                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

---

d) La personne évaluée est-elle capable de s'investir dans un travail?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

---

e) La personne évaluée travaille-t-elle de manière sécuritaire?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

---

f) La personne évaluée comprend-elle les notions de salaire et d'avantages sociaux?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

---

g) La personne évaluée sait-elle qu'il existe d'autres solutions en matière de travail?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 8. Questions juridiques

- a) La personne évaluée détient-elle ou doit-elle posséder notamment des licences ou des permis?

Oui                     Non

Si «oui», veuillez détailler : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b) La personne évaluée comprend-elle que si elle agresse quelqu'un ou que si elle se fait agresser par quelqu'un cela constitue un acte répréhensible?

Toujours                     Parfois                     Rarement                     Jamais

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c) La personne évaluée comprend-elle que si elle vole ou si quelqu'un la vole cela constitue un acte répréhensible?

Toujours                     Parfois                     Rarement                     Jamais

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- d) La personne évaluée ment-elle régulièrement?

Oui                     Non

Si «oui», reconnait-elle qu'elle ment?

Oui                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- e) Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la compréhension de la personne évaluée quant aux conséquences de la signature de documents juridiques :

- elle signe les documents après un examen approprié  
 elle a besoin d'une interprétation ou d'une aide  
 elle n'étudie pas de manière appropriée les documents avant de les signer

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Les biens de la personne évaluée sont actuellement gérés par :

- elle-même
- le curateur public
- une autre personne

S'il s'agit d'une autre personne :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

g) L'autorité de l'autre personne mentionnée ci-dessus provient :

- de l'ordonnance du tribunal
- du mandat
- de l'arrangement non officiel
- autre : \_\_\_\_\_

h) La personne évaluée est-elle satisfaite de la manière dont sont gérés ses biens et de toute proposition de modification quant à la manière de les gérer?

- Oui                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Compréhension financière

a) La personne évaluée :

- i) comprend-elle la valeur relative de l'argent?  
(par exemple le pouvoir d'achat  
de 25 cents ou de 10 \$)                       Oui  Souvent  Parfois  Non
- ii) paie-t-elle ses propres factures?                       Oui  Souvent  Parfois  Non
- iii) connaît-elle le montant de son revenu                       Oui  Souvent  Parfois  Non
- iv) connaît-elle le montant de ses dépenses?                       Oui  Souvent  Parfois  Non
- v) sait-elle de quels biens elle est propriétaire?                       Oui  Souvent  Parfois  Non
- vi) est-elle consciente de ce que sont  
ses dettes ou obligations?                       Oui  Souvent  Parfois  Non

b) Décrivez les habitudes de dépenses de la personne évaluée : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remarques supplémentaires, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 10. Actif et revenu

a) Fournissez des détails sur les éléments d'actif que la personne évaluée semble posséder :

i) comptes bancaires	_____	\$
ii) terrains et maisons	_____	\$
iii) autres objets (ex. motoneiges, voitures, camions, bateaux, etc.)	_____	\$

Détails et localisation des terrains et autres objets : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Source de revenus actuels :

Source _____	Montant _____	\$
Source _____	Montant _____	\$
Source _____	Montant _____	\$

c) Indiquez les autres sources de revenus possibles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 11. Besoins financiers

Expliquez toutes dépenses présentes ou futures de la personne évaluée et donnez votre avis quant au besoin d'une attention particulière relativement à celles-ci : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. CAPACITÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS

#### 1. Soins physiques

- a) La personne évaluée est-elle capable par elle-même ou avec l'aide de quelqu'un de comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décisions concernant les éléments suivants :

	<u>Par elle-même</u>	<u>Avec de l'aide</u>
i) soins médicaux	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non
ii) nutrition	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non
ii) hébergement	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non
iv) habillement	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non
v) hygiène	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non
vi) sécurité	[ ] Oui [ ] Non	[ ] Oui [ ] Non

- b) La personne évaluée est-elle capable d'apprécier les conséquences prévisibles :

i) de ne pas recevoir le traitement médical requis?	[ ] Oui [ ] Non
ii) de ne pas manger des repas qui apportent une nutrition appropriée?	[ ] Oui [ ] Non
iii) d'habiter dans un endroit qui n'est pas approprié aux conditions climatiques actuelles?	[ ] Oui [ ] Non
iv) de ne pas porter les vêtements appropriés aux conditions climatiques actuelles?	[ ] Oui [ ] Non
v) de ne pas maintenir quotidiennement une hygiène personnelle?	[ ] Oui [ ] Non
vi) de ne pas se protéger contre les lésions corporelles?	[ ] Oui [ ] Non

Exemples, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Gestion financière

- a) La personne évaluée comprend-elle les renseignements lui permettant de prendre une décision concernant sa situation financière?

[ ] Oui [ ] Non

- b) Si la personne évaluée reçoit des explications ou de l'aide, est-elle apte à comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision concernant sa situation financière?

[ ] Oui [ ] Non

c) La personne évaluée est-elle apte à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision concernant sa situation financière ou de l'absence d'une telle décision?

Oui                       Non

d) Si la personne évaluée reçoit des explications ou de l'aide, est-elle apte à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision concernant sa situation financière ou de l'absence d'une telle décision?

Oui                       Non

e) La personne évaluée apprécie-t-elle les conséquences raisonnablement prévisibles du manque de protection de ses biens contre les dommages ou la destruction?

Oui                       Non

Autres remarques, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IV. NET AVANTAGE

##### 1. Réseau de soutien

a) La personne dépend-elle d'une aide, d'amis ou de parents pour la prise de décision?

Oui                       Limitée                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Existe-t-il un réseau de soutien social (par exemple amis, famille, etc.) disponible pour aider la personne évaluée dans la prise de décision?

Oui                       Limitée                       Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Les décisions prises par ou avec le réseau de soutien, tel que visé à l'alinéa b) ci-dessus, répondent-elles aux besoins de la personne évaluée et assurent-elles une bonne qualité de vie? (par exemple la personne évaluée reçoit-elle des soins médicaux appropriés, une protection contre les mauvais traitements, la négligence ou la victimisation, etc.)

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Y-a-t-il eu des cas de mauvais traitements, de négligence ou de victimisation?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Existe-t-il des risques imminents de préjudices physiques ou mentaux à l'égard de la personne évaluée si un tuteur ou un fiduciaire n'est pas nommé?

Oui                     Limitée                     Non

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) De quels services la personne est-elle privée du fait qu'un tuteur ou un fiduciaire n'ait pas été nommé?

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) La personne évaluée est-elle au courant qu'une demande de nomination d'un tuteur ou d'un fiduciaire peut être faite?

Oui                     Non

Si oui, comment la personne évaluée en a-t-elle été mise au courant et comment a-t-elle réagi?

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## VI. AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

1. Existe-t-il d'autres renseignements pertinents relativement à l'évaluation de la capacité de la personne évaluée qui n'ont pas été exposés dans le présent rapport d'évaluation?

Oui                       Non

Si «oui», veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Renseignements relatifs à la personne qui rédige le présent rapport :  
Au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans le présent rapport sont vrais.

\_\_\_\_\_  
(Nom)

\_\_\_\_\_  
(Profession)

\_\_\_\_\_  
(Date d'achèvement)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Collectivité)

\_\_\_\_\_  
(Code postal)

**IN THE SUPREME COURT OF THE NORTHWEST TERRITORIES**

**IN THE MATTER of the Estate of \_\_\_\_\_**

**AFFIDAVIT OF INVENTORY**

I, \_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_,  
Northwest Territories, MAKE OATH AND SAY THAT:

- 1. I have personal knowledge of the matters deposed to in this affidavit, except where stated to be on information and belief, which such information I do verily believe to be true.
- 2. In accordance with subsection 44(1) of the *Guardianship and Trusteeship Act*, I, as trustee of the said estate, am filing an inventory of the estate, attached as Exhibit A to this my affidavit.

- OR -

2. The Order of Justice \_\_\_\_\_ granted on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ and attached as Exhibit A to this my affidavit, directed me, as trustee of the said estate to file an inventory of the estate.

3. Attached as Exhibit B is the said inventory, which is accurate to the best of my knowledge and as far as I have been able to ascertain.

SWORN BEFORE ME at

\_\_\_\_\_ )  
 (Community) )  
 )  
 in the Northwest Territories, on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ . ) (Signature of Applicant)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Commissioner for Oaths)

A Commissioner for Oaths

\_\_\_\_\_  
(Commissioner's stamp or printed name)

My Commission expires \_\_\_\_\_

*Note: If this affidavit is sworn within the Northwest Territories, it must be sworn before a commissioner for taking oaths within the Northwest Territories or other person authorized under section 65 of the Evidence Act.*

*If this affidavit is sworn outside the Northwest Territories, it must be sworn before a notary public or other person authorized under section 67 of the Evidence Act.*

THIS IS EXHIBIT " \_\_\_\_\_ " referred to in the affidavit of

\_\_\_\_\_ Sworn before me on this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Commissioner for Oaths)

A Commissioner for Oaths

\_\_\_\_\_  
(Commissioner's stamp or printed name)

My Commission expires \_\_\_\_\_

**IN THE SUPREME COURT OF THE NORTHWEST TERRITORIES**

**IN THE MATTER of the Estate of \_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_, in the Northwest Territories.**

**INVENTORY OF ESTATE AS OF \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_**

**PART 1 - ASSETS**

**1. REAL PROPERTY**

(Include leasehold interests, improvements and equity but not encumbrances)

No. of Parcel	Description	(1) Market Value	(2) Total Encumbrances	Net Value
TOTAL VALUE OF REAL ESTATE				

(Include Mortgages and Encumbrances)

No. of Parcel	Description	Principal	Interest	Total (enter this amount in column 2 above)
TOTAL VALUE OF MORTGAGES AND ENCUMBRANCES				

2. MONEY SECURED BY MORTGAGE OR BY AGREEMENT FOR SALE

Name of Mortgagor or Purchaser	Description of Land or Property Secured and Nature of Charge	Principal	Interest	Value
TOTAL				

3. CASH

(Include bank accounts, term and saving deposits, guaranteed investment certificates and all items immediately convertible to cash)

Where Situated and Type of Investment	Principal	Interest	Value
TOTAL CASH			

4. LIFE INSURANCE

(Include only that which is payable to the estate)

Name, Address of Insurance Company	Policy Number	Face Value of Policy
TOTAL OF POLICIES		

5. ANNUITIES OR OTHER INTEREST

(Include particulars of all annuities, pension benefits, savings plans etc. that pay a benefit to the person)

Type of Annuity, Pension or Other Interest and Description	Principal	Interest	Value
TOTAL VALUE			

6. STOCKS, SHARES, BONDS AND DEBENTURES

Name of Company or Government	Type, Description and Unit Value	Number Held	Situs	Market Value
TOTAL				

7. PERSONAL PROPERTY

(Include personal effects, household goods and furniture, noting and giving description if value appears significant)

Description	Value
TOTAL PERSONAL PROPERTY	

8. BUSINESS INTERESTS

(Include a brief inventory and statement of stock in trade if person has a sole proprietorship or partnership)

Description	Value
TOTAL VALUE OF BUSINESS INTERESTS	

9. OTHER PROPERTY

(Include all other property not described above, including accounts receivable)

Description	Value
TOTAL VALUE OF OTHER PROPERTY	

**AGGREGATE VALUE OF ASSETS OF ESTATE:** \$ \_\_\_\_\_ (A)

(Sum of all totals in Part 1)

**PART 2 - LIABILITIES**

1. DEBTS

(Include all other debts not described above including accounts payable)

Description of Debt	Principal	Interest	Value
TOTAL VALUE OF OTHER DEBTS			

**TOTAL OF DEBTS:** \$ \_\_\_\_\_ (B)

(Sum of all totals in Part 2)

**NET VALUE OF ESTATE:** \$ \_\_\_\_\_ (A-B)

**COUR SUPRÊME DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST**

**DANS L’AFFAIRE des biens de \_\_\_\_\_**

**AFFIDAVIT DE L’INVENTAIRE**

Je, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, dans les Territoires du Nord-Ouest, DÉCLARE SOUS SERMENT :

1. J’ai une connaissance personnelle des faits sur lesquels porte le présent affidavit, sauf là où il est indiqué qu’une déclaration est fondée sur des renseignements ou une opinion, des renseignements dont je crois sincèrement être vrais.

2. Conformément au paragraphe 44(1) de la *Loi sur la tutelle*, en tant que fiduciaire à l’égard des biens de la personne évaluée, je dépose l’inventaire des biens, annexé au présent affidavit et identifié comme pièce A.

- OU -

2. L’ordonnance du juge \_\_\_\_\_ accordée le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ et annexée au présent affidavit et identifiée comme pièce A, m’ordonne, en tant que fiduciaire à l’égard des biens de la personne évaluée, à déposer un inventaire des biens.

3. L’inventaire annexé et identifié comme pièce B est, au meilleur de mes connaissances et autant que j’ai pu constater, exact.

ASSERMENTÉ DEVANT MOI à

_____ )	
(Collectivité) )	
_____ )	
aux Territoires du Nord-Ouest, le _____ )	_____ )
jour de _____ 20 _____ )	(Signature du demandeur)

\_\_\_\_\_  
(Signature du commissaire à l’assermentation)

Le commissaire à l’assermentation

\_\_\_\_\_  
(Timbre ou nom du commissaire en caractères imprimés)

Mon mandat expire le \_\_\_\_\_

*Note : Si l’affidavit est souscrit dans les Territoires du Nord-Ouest, il doit être fait sous serment devant un commissaire à l’assermentation dans les Territoires du Nord-Ouest ou une autre personne autorisée en vertu de l’article 65 de la Loi sur la preuve.*

*Si l’affidavit est souscrit à l’extérieur des Territoires du Nord-Ouest, il doit être fait sous serment devant un notaire public ou une autre personne autorisée en vertu de l’article 67 de la Loi sur la preuve.*



LE PRÉSENT DOCUMENT CONSTITUE LA PIÈCE « \_\_\_\_\_ »  
mentionnée à l'affidavit de \_\_\_\_\_

Souscrit devant moi le \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature du commissaire à l'assermentation)

Le commissaire à l'assermentation

\_\_\_\_\_  
(Timbre ou nom du commissaire en caractères imprimés)

Mon mandat expire le \_\_\_\_\_

### COUR SUPRÊME DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

DANS L'AFFAIRE des biens de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, dans les  
Territoires du Nord-Ouest.

INVENTAIRE DES BIENS EN DATE DU \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

#### PARTIE 1 - ACTIF

##### 1. BIENS RÉELS

(Inclure les intérêts à bail, les améliorations et la valeur nette, mais sans les charges)

N° de la parcelle	Description	(1) Valeur marchande	(2) Total des charges	Valeur nette
VALEUR TOTALE DES BIENS RÉELS				

(Inclure les hypothèques et les charges)

N° de la parcelle	Description	Principal	Intérêt	Total (écrire ce montant sous la colonne 2 ci-dessus)
VALEUR TOTALE DES HYPOTHÈQUES ET DES CHARGES				

2. SOMME GARANTIE PAR HYPOTHÈQUE OU PAR CONTRAT DE VENTE

Nom du débiteur hypothécaire ou de l'acheteur	Description du terrain ou du bien garanti et la nature de la charge	Principal	Intérêt	Valeur
TOTAL				

3. SOMMES D'ARGENT

(Inclure les comptes de banque, les dépôts à terme et d'épargne, les certificats de dépôts garantis et tous les instruments directement convertibles en espèces)

Emplacement et type d'investissement	Principal	Intérêt	Valeur
TOTAL DES SOMMES			

4. ASSURANCE-VIE

(Inclure seulement celles payables à la personne protégée ou à la succession)

Nom et adresse de la compagnie d'assurance	Numéro de la police	Capital assuré de la police
TOTAL		

5. RENTES OU AUTRES INTÉRÊTS

(Inclure les détails de toutes les rentes, les prestations de retraite, les plans d'épargne, etc. qui feront que des prestations seront versées à la personne)

Type de rente, pension ou autre intérêt et leur description	Principal	Intérêt	Valeur
VALEUR TOTALE			

6. TITRES, ACTIONS, OBLIGATIONS ET DÉBENTURES

Nom de la compagnie ou du gouvernement	Type, description et valeur unitaire	Nombre détenu	Situs	Valeur marchande
TOTAL				

**7. BIENS PERSONNELS**

(Inclure les effets personnels, les articles ménagers et le mobilier, et en donner une description lorsque leur valeur semble considérable)

Description	Valeur
TOTAL	

**8. INTÉRÊTS COMMERCIAUX**

(Inclure un bref inventaire et un état des fonds de commerce si la personne possède une entreprise à propriétaire unique ou fait partie d'un partenariat)

Description	Valeur
VALEUR TOTALE DES INTÉRÊTS COMMERCIAUX	

**9. AUTRES BIENS**

(Inclure tous les autres biens non décrits ci-dessus, notamment les comptes recevables)

Description	Valeur
VALEUR TOTALE DES AUTRES BIENS	

**VALEUR TOTALE DE L'ACTIF DES BIENS :** \_\_\_\_\_ \$ (A)

(La somme de tous les totaux de la partie 1)

**PARTIE 2 - PASSIF**

1. DETTES

(Inclure toutes autres dettes non décrites ci-dessus, notamment les comptes payables)

Description de la dette	Principal	Intérêt	Valeur
VALEUR TOTALE DES AUTRES DETTES			

**VALEUR TOTALE DU PASSIF :** \_\_\_\_\_ \$ (B)

(Total à la partie 2)

**VALEUR NETTE DE L'ACTIF :** \_\_\_\_\_ \$ (A-B)

---

© 2017 Territorial Printer  
Yellowknife, N.W.T.

---

---

© 2017 l'imprimeur territorial  
Yellowknife (T. N.-O.)

---