

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE REPRÉSENTÉE

À L'INTENTION DU BUREAU DU CURATEUR PUBLIC

Ci-après, la personne représentée sera nommée « personne ».

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS				
Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	Numéro d'assurance sociale
Autres nom(s) ou surnom(s)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm aaaa)	Lieu de naissance
État civil : <input type="checkbox"/> Célib. <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e)				N° de traité ou de bande ou n° attribué par SAC
Au sujet des pensionnats indiens : La personne a-t-elle fréquenté un pensionnat indien? Oui ou Non Si oui, lequel, et à quel moment?				
A-t-elle reçu le Paiement d'expérience commune? Oui ou Non				
RENSEIGNEMENTS SUR LE PLACEMENT				
Nom et adresse de l'établissement				N° de tél.
Nom et adresse de la personne-ressource			N° de tél.	Date du placement
Si le lieu de résidence de la personne a changé au cours des six dernières années, veuillez indiquer les lieux de résidence antérieurs.				
SOIGNANT ACTUEL				
Nom et adresse de la personne qui s'occupe actuellement des finances de la personne				N° de tél.
La personne a-t-elle des actifs ou des dettes qui nécessitent une attention immédiate? Veuillez préciser :				
RENSEIGNEMENTS SUR LE TESTAMENT (ne s'applique que si un testament a été préparé)				
La personne a-t-elle un testament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez le nom et l'adresse de la personne qui détient actuellement le testament original.		N° de tél.
Nom et adresse de l'exécuteur(trice) nommé(e) dans le testament				N° de tél.
SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E) DE LA PERSONNE				
Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom de jeune fille
Adresse postale			N° de tél.	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance		Numéro d'assurance sociale	
Si décédé(e), précisez la date de décès : (jj-mm-aaaa)			Lieu du décès	
Est-ce que le (la) conjoint(e) travaille? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ont-ils produit une déclaration de revenus pour la dernière année civile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Ont-ils demandé un crédit d'impôt pour enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Étaient-ils légalement mariés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du mariage (jj-mm-aaaa)	Lieu du mariage	Si séparés, depuis quand? (jj-mm-aaaa)
---	------------------------------	-----------------	--

S'ils étaient conjoints de fait, quand ont-ils commencé à vivre ensemble? (jj-mm-aaaa)

Page 1 de 4

SUITE |

SECTION C - RENSEIGNEMENTS SUR LE MARIAGE SI MARIÉ(E) PLUS D'UNE FOIS

Nom de jeune fille de l'ancienne conjointe	Prénom(s)	Date du mariage (jj-mm-aaaa)	Date du divorce ou de la sép (jj-mm-aaaa)
Lieu du mariage	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès du conjoint ou de la conjointe (jj-mm-aaaa)	Lieu du décès

Comment [AN1]: Note to client
Here, it seems that "Maiden name" of former spouse" cannot apply if the represented person mentioned in this Form is a heterosexual female. Isn't it?
We could remove "maiden" and it would give *Nom de l'ancien(ne) conjoint(e)*

SECTION D - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DE LA PERSONNE

1.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale
Adresse postale			Qui en a la garde?	
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?
2.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale
Adresse postale			Qui en a la garde?	
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?
3.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale
Adresse postale			Qui en a la garde?	
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?
4.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale
Adresse postale			Qui en a la garde?	
No de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?
5.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale

Adresse postale				Qui en a la garde?			
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?			
6.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	Numéro d'assurance sociale			
Adresse postale				Qui en a la garde?			
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale Si adopté, à quel âge?			
L'un ou l'autre des enfants ci-dessus est-il handicapé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Énumérez les autres enfants sur une feuille supplémentaire et joignez-la au présent formulaire. Précisez si une feuille supplémentaire est jointe. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Page 2 de 4						SUITE	
SECTION E - RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU							
La personne a-t-elle produit une déclaration de revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, pour quelle année?		Y a-t-il un remboursement ou un montant dû? <input type="checkbox"/> Remboursement <input type="checkbox"/> Montant dû		Montant \$	
ANCIENS EMPLOYEURS (listez les employeurs des deux dernières années)							
Nom et adresse de l'employeur				À l'emploi du : au :			
Nom et adresse de l'employeur				À l'emploi du : au :			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE L'UNE DES PRESTATIONS SUIVANTES?							
Prestation	Oui	Non	Montant	Prestation	Oui	Non	Montant
Prestation de retraite pour les personnes âgées des TNO et sécurité de la vieillesse			\$	Pension de la Sun Life			\$
Pension d'invalidité ou de retraite du RPC			\$	Crédit d'impôt pour enfant			\$
Pension de veuf (veuve)			\$	Chômage			\$
Prestation pour orphelins			\$	Autre (précisez)			\$
SECTION F - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX							
RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS							
Nom de famille du père			Prénom(s)	Second prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale						N° de tél.	
Nom de jeune fille de la mère			Prénom(s)	Second prénom	Date de naissance		Date du décès

		(jj-mm-aaaa)	(jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
RENSEIGNEMENTS SUR LES FRÈRES ET SŒURS (vivants ou décédés)			
1.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom
		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
2.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom
		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
3.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom
		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
4.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom
		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
5.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom
		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)
Adresse postale			N° de tél.
Si vous manquez d'espace pour lister tous les frères et sœurs, utilisez une feuille supplémentaire et joignez-la au présent formulaire. Précisez si une feuille supplémentaire est jointe. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Page 3 de 4			SUITE
COMPTES BANCAIRES			
Comptes bancaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le(s) numéro(s) de compte, et le nom et l'adresse de la (des) succursale(s) : Indiquez le montant sur le compte, s'il est connu :		
ASSURANCE-VIE			
La personne a-t-elle une assurance vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le nom et l'adresse de la compagnie d'assurance : ___ Un bénéficiaire est-il nommé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Précisez :		
IMMOBILIER			
TERRAIN <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Terre de bande <input type="checkbox"/> Squat	DOMICILE <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Aide au logement <input type="checkbox"/> Squatteur	La personne est-elle propriétaire ou locataire d'un bien immobilier? Si oui, donnez une description légale (lot, bloc, plan) : Quel type de bâtiment se trouve sur le terrain (taille, type de finition, ajouts) : Qui y habite actuellement? Est-ce assuré? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, avec quelle compagnie?	

PARTS DE COOPÉRATIVES, ACTIONS ET OBLIGATIONS D'ÉPARGNE DU CANADA

La personne en a-t-elle? Si oui, veuillez en dresser la liste :
 Oui Non

BIENS PERSONNELS (voitures, motoneiges, meubles, armes, pièges, etc.)

Bien	Lieu

LISTE DES DETTES (joindre les relevés, si possible)

Nom	Adresse	Montant
		\$
		\$
		\$

SECTION G – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE

Formulaire rempli par (nom) : Adresse postale : Date	Signature	Emploi : N° de tél. : Lien avec la personne :
--	-----------	---

Le formulaire devrait être accompagné des documents suivants :

- Certificats de naissance de la personne, de son (sa) conjointe(e) et de ses enfants Dernières volontés et testament
- Duplicata du certificat de propriété Convention hypothécaire ou entente de prêt du titre de propriété
- Bail de location d'une maison ou d'un appartement Certificat(s) d'assurance
- Copie de déclarations de revenus antérieures bancaires, relevés mensuels ou factures Certificats de parts
- Carte d'assurance sociale, passeport, cartes de crédit, livrets

Postez au :

**Bureau du curateur public
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
C. P 1320
Yellowknife NT X1A 2L9**

**Tél. : 867-767-9252
Sans frais : 1-866-535-0423 (TNO seul.)
Télec. : 867-873-0184**