

2 MANDATAIRES MULTIPLES (Voir la note explicative 2)

Le présent mandat annule tout mandat de protection ou donné en cas d'incapacité fait antérieurement et, une fois homologué, il mettra fin à toute procuration consentie pour l'administration de mes biens.

Par ce mandat, je soussigné, _____, né le _____, _____, _____, _____
NOM DU MANDANT JOUR MOIS ANNÉE

désigne la ou les personnes suivantes **pour agir à titre de mandataire(s) chargé(s) de la protection de ma personne** :

NOM	ADRESSE	LIEN AVEC CETTE PERSONNE

Je désigne également la ou les personnes suivantes **pour agir à titre de mandataire(s) chargé(s) de l'administration de mes biens** :

NOM	ADRESSE	LIEN AVEC CETTE PERSONNE

Cochez si désiré

Si deux mandataires sont nommés (un à la personne et un aux biens), je désire, en cas de démission, de décès ou d'incapacité légale d'agir de l'un d'eux, que le mandataire restant agisse comme s'il avait été désigné seul.

2.1 MANDATAIRE SUBSTITUT

Si un mandataire se trouve dans l'impossibilité d'agir pour quelque motif, je désigne la ou les personnes suivantes pour agir, dans l'ordre, à titre de **mandataire à la personne** :

ORDRE DE NOMINATION	NOM	ADRESSE	LIEN AVEC CETTE PERSONNE
1			
2			
3			

Je désigne aussi la ou les personnes suivantes pour agir, dans l'ordre, à titre de **mandataire aux biens** :

ORDRE DE NOMINATION	NOM	ADRESSE	LIEN AVEC CETTE PERSONNE
1			
2			
3			

Précisions :

3 INVENTAIRE ET REDDITION DE COMPTE (Voir la note explicative 3)

3.1 INVENTAIRE

Au moment de son entrée en fonction, mon mandataire chargé de l'administration de mes biens devra procéder à un inventaire sommaire de tous mes biens meubles et immeubles. Cette démarche doit être accomplie en présence de deux témoins ou devant notaire.

3.2 REDDITION DE COMPTE

Mon mandataire principal (ou mon mandataire substitut, si celui-ci est en fonction) devra faire rapport

Oui Non

SI OUI

une fois l'an [autre fréquence : _____] il fera rapport des faits et gestes accomplis à l'égard de ma personne et de l'administration de mes biens à _____

NOM

ADRESSE

ou, à défaut, à _____

NOM

ADRESSE

4 RESPONSABILITÉS DU MANDATAIRE CONCERNANT LA PROTECTION DE MA PERSONNE (Voir la note explicative 4)

4.1 GÉNÉRALITÉS

Mon mandataire a la responsabilité d'assurer mon bien-être moral et matériel ; en ce sens, il est autorisé à prendre les décisions et à accomplir toutes les actions qui répondront à mes besoins quotidiens, tout en respectant mes volontés, mes valeurs personnelles et religieuses, mes habitudes, mon niveau de vie et mes moyens financiers ainsi que mon degré d'autonomie.

Quel que soit mon milieu de vie, mon mandataire doit veiller à ce que je reçoive les soins et les services requis par mon état de santé.

De manière générale, je souhaite que mon mandataire m'assure, dans la mesure du possible, une présence « active » (visites régulières, écoute, soutien, etc.).

4.2 HÉBERGEMENT

Je souhaite, si possible, demeurer à domicile. Cependant, si mon état exigeait que je sois hébergé dans un milieu de vie plus sécuritaire et mieux adapté à mes besoins, mon mandataire en déciderait selon les circonstances, tout en tenant compte des souhaits que j'énonce ci-dessous :

4.3 CONSENTEMENT AUX SOINS

Si je ne suis pas en mesure de consentir aux soins requis par mon état de santé ou de les refuser, mon mandataire doit le faire à ma place. À cet égard, il doit agir dans mon seul intérêt et tenir compte, dans la mesure du possible et comme le prévoit la loi, des volontés que j'ai exprimées. S'il est appelé à consentir à des soins, il doit prendre tous les moyens pour en décider de manière éclairée, tel qu'il a été discuté avec le médecin traitant et l'équipe soignante. S'il consent aux soins proposés, c'est avec la conviction qu'ils sont bénéfiques malgré leurs effets, opportuns dans le contexte et que les risques qu'ils présentent n'apparaissent pas disproportionnés compte tenu du bienfait espéré.

Oui

Non : Je veux que le consentement soit donné par l'une des personnes mentionnées à l'article 15 du Code civil du Québec, soit mon conjoint, un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier.

4.4 PROJETS D'EXPÉRIMENTATION

J'autorise mon mandataire, s'il le juge approprié et conformément aux dispositions applicables du Code civil du Québec, à permettre une participation à un projet de recherche ou d'expérimentation.

Oui

Non

4.5 VOLONTÉS DE FIN DE VIE (Voir la note explicative 4.)

Dans toute décision relative aux soins requis en fin de vie, mon mandataire doit tenir compte de :

(Cochez les options appropriées)

mon opposition à tout moyen diagnostique et thérapeutique disproportionné et ne faisant que multiplier ou prolonger inutilement mes souffrances et mon agonie : je me déclare contre tout acharnement thérapeutique ;

ma volonté de mourir dignement, avec les soins de soutien et de confort requis et une médication propre à soulager mes souffrances, même si celle-ci a pour effet indirect de hâter le moment de ma mort ;

autres précisions ou volontés particulières :

IMPORTANT

Ces volontés de fin de vie que vous exprimez à la clause 4.5 doivent être distinguées des directives médicales anticipées. Consultez la note explicative 4.

5 RESPONSABILITÉS DU MANDATAIRE CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE MES BIENS (Voir la note explicative 5)

Je confie à mon mandataire le pouvoir d'administrer mes biens meubles et immeubles selon les règles de la

simple administration, conformément au Code civil du Québec : mon mandataire devra être autorisé par le tribunal pour tout acte d'aliénation tel vendre ou hypothéquer un immeuble ;

pleine administration, conformément au Code civil du Québec : mon mandataire aura tous les pouvoirs pour administrer et agir tant pour les meubles que les immeubles.

Je souhaite que les biens mobiliers ou immobiliers suivants ne soient pas vendus, sauf en cas de nécessité :

6 ACCÈS AUX DOSSIERS (Voir la note explicative 6)

Dans l'exercice de ses fonctions, il est entendu, comme la loi le prévoit, que mon mandataire est autorisé à consulter mon dossier médical et social ainsi que tout autre dossier pouvant lui être nécessaire concernant ma personne et mes biens.

7 RÉMUNÉRATION (Voir la note explicative 7)

Mon (ou mes) mandataire(s) pourra(ont) se rembourser à même mon patrimoine de toutes dépenses utiles ou nécessaires à l'accomplissement de sa(leur) charge, y compris les frais relatifs à l'homologation du mandat.

Mon (ou mes) mandataire(s) agira(ont) gratuitement.

OU

Je tiens à ce que _____

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

NOM DU MANDATAIRE OU DU SUBSTITUT DEVENU MANDATAIRE

soi(en)t rémunéré(s) à même mon patrimoine selon les modalités suivantes [indiquer un montant qui pourrait être payable périodiquement ou un taux horaire qui s'appliquera aux heures consacrées au bénéfice du mandant]:

8 SITUATION D'INAPTITUDE PARTIELLE (Voir la note explicative 8)

Si mon inaptitude n'est que partielle, je désire malgré tout que le présent mandat soit homologué avec tous les pouvoirs qui y sont mentionnés.

Je suis pleinement conscient que si je suis partiellement inapte, certains des pouvoirs prévus aux présentes pourraient restreindre mes droits et mon autonomie. Malgré ce fait, je veux que ce mandat soit quand même homologué.

Je considère être la personne la mieux placée pour connaître mon intérêt. Je suis d'avis que mon mandataire agira pleinement dans le respect de mes droits et de la sauvegarde de mon autonomie, même s'il possède les pouvoirs de pleine administration.

Oui Non

9 CLAUSES DIVERSES (Voir la note explicative 9)

(Cochez les options appropriées)

Je souhaite que mon mandataire utilise une partie des revenus de mon patrimoine, et même du capital si nécessaire, afin d'assumer mes obligations financières envers ma famille de la même manière que je les ai assumées jusqu'à l'homologation du présent mandat. Cependant, si mes revenus étaient considérablement diminués en raison de mon inaptitude, il assumerait ces obligations dans la mesure de mes moyens.

Pour toute décision concernant ma personne ou relative à l'administration de mes biens, je veux si possible être consulté pour donner mon avis. Si mon mandataire le juge à propos, il consultera les personnes les plus significatives de mon entourage, soit :

_____ NOM _____ NOM
_____ NOM _____ NOM

Il est cependant entendu que le pouvoir de décision appartient à mon mandataire.

Si, lors de l'homologation de ce mandat, un ou plusieurs de mes enfants sont mineurs et doivent être représentés, je nomme la ou les personnes suivantes pour agir à titre de tuteur(s) :

NOM DU TUTEUR	LIEN AVEC CETTE PERSONNE	NOM DE L'ENFANT

Mon mandataire à la personne devra, à chaque cinquième (5^e) [ou autre _____] anniversaire de l'homologation du présent mandat, faire procéder à de nouvelles évaluations médicale et psychosociale afin de réévaluer ma condition. À la réception des résultats de ces évaluations, il devra prendre toutes les décisions et effectuer toutes les démarches nécessaires afin de protéger mes droits et que la sauvegarde de mon autonomie soit respectée.

Si je redeviens apte, mon mandataire devra cesser de me représenter.

10 SIGNATURE DU MANDANT ET DÉCLARATION DES TÉMOINS

(Voir la note explicative 10)

Nous soussignés, _____ et _____
NOM NOM
avons été témoins de la signature de

NOM DU MANDANT SIGNATURE DU MANDANT le _____
JOUR MOIS ANNÉE

Nous déclarons également avoir constaté son aptitude pour rédiger le présent mandat de protection et n'avoir personnellement aucun intérêt dans ce mandat.

En foi de quoi nous avons signé à _____ le _____
LIEU JOUR MOIS ANNÉE

_____ SIGNATURE DU TÉMOIN	_____ SIGNATURE DU TÉMOIN
_____ NOM DU TÉMOIN	_____ NOM DU TÉMOIN
_____ ADRESSE COMPLÈTE	_____ ADRESSE COMPLÈTE
_____ NO DE TÉLÉPHONE	_____ NO DE TÉLÉPHONE

11 ACCEPTATION DU MANDATAIRE

(Optionnel - Voir la note explicative 11)

La demande d'homologation du présent mandat de protection par mon mandataire sera réputée constituer son acceptation d'exercer cette fonction.

OU

Aux présentes intervient le mandataire désigné

NOM DU MANDATAIRE

OCCUPATION

ADRESSE COMPLETE

qui déclare ce qui suit :

1. Je _____ reconnais avoir pris connaissance du présent mandat de protection et accepte d'être nommé à titre de mandataire aux biens ou à la personne ou aux deux.
NOM DU MANDATAIRE
2. J'accepte, advenant l'incapacité de _____ prendre les mesures requises par la loi pour homologuer le présent mandat de protection et pour assumer par la suite les pouvoirs et les obligations découlant de ma charge de mandataire.
NOM DU MANDANT
3. Si je ne peux à ce moment assumer la charge de mandataire, le mandataire substitut pourra procéder à ma place.
4. J'accepte de remplir ma charge dans l'intérêt de _____ dans le respect de ses droits et de la sauvegarde de son autonomie.
NOM DU MANDANT

SIGNATURE DU MANDATAIRE

Au besoin, ajouter des pages pour les autres mandataires désignés.

AVIS À DONNER AU CURATEUR PUBLIC

- En cas de décès du mandant, le mandataire informe le Curateur public du Québec.
- En cas de décès du mandataire, le liquidateur de sa succession donne avis du décès au Curateur public du Québec.

Veillez apposer vos initiales en marge de tout texte que vous modifiez.