

**APPLICATION FOR INQUIRY AS TO  
PATIENT'S OR DISCHARGED PATIENT'S  
COMPETENCY TO MANAGE ESTATE**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,  
c.M-10, s.42(1))*

TO: The Chairman of the Review Board

RE: \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_  
(Name of Patient or Discharged Patient) (Address)

I, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_,  
(Name of Applicant) (Address)

hereby apply for an inquiry into whether the patient  
(or discharged patient) is not competent to manage  
the patient's estate.

Dated this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

NOTE: The following persons may make an appli-  
cation: the patient or discharged patient, the Minis-  
ter, the Executive Director or the administrator of  
the psychiatric facility.

**DEMANDE D'ENQUÊTE AFIN DE  
DÉTERMINER LA CAPACITÉ DU MALADE  
OU DU MALADE LIBÉRÉ DE GÉRER SES  
BIENS**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,  
chap.M-10, para.42(1))*

Destinataire : Le président de la commission de re-  
cours

Objet : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nom du malade ou du malade libéré) (adresse)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nom du requérant) (adresse)

demande par les présentes qu'une enquête soit me-  
née afin de déterminer si le malade (ou le malade li-  
béré) est capable de gérer ses biens.

Fait le \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

REMARQUE : Les personnes suivantes peuvent  
faire une demande : le malade ou le malade libéré,  
le Ministre, le directeur exécutif ou l'administrateur  
de l'établissement psychiatrique.