

FINANCIAL STATEMENT*(General Regulation - Mental Health Act, s.25)*

This form is to be completed by a person having knowledge of the assets of a patient and forwarded by the administrator of the psychiatric facility to which the patient is admitted to the Public Trustee.

Under the provisions of the *Mental Health Act*, where the Public Trustee has become the committee of the estate of a patient, the Public Trustee is the only person having the legal authority to deal with the patient's estate. Upon the Public Trustee ceasing to be the committee, the patient's assets will be returned to the patient.

PERSONAL INFORMATION

(Name of patient in full)

(Sex)

(Psychiatric facility)

(Full Address)

(Length of residence in the Province)

(Date of birth)

(Place of birth)

(Citizenship)

(Occupation)

(Marital status) (If married, give name and address of spouse)

(If single, give name and address of nearest relative)

(Give names and ages of any dependents
whom the patient has to support)

(Give patient's Social Insurance No., Old Age Security No.)

ÉTAT FINANCIER*(Règlement général - Loi sur la santé mentale, art.25)*

La présente formule doit être remplie par une personne ayant une connaissance des biens du malade et doit être transmise sans délai au curateur public par l'administrateur de l'établissement psychiatrique auquel le malade est admis.

En vertu des dispositions de la *Loi sur la santé mentale*, lorsque le curateur public devient curateur aux biens d'un malade, lui seul a l'autorité légale pour s'occuper des biens du malade. Dès que le curateur public cesse d'être curateur, les biens du malade sont remis à ce dernier.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(nom et prénom du malade au complet)

(sexe)

(établissement psychiatrique)

(adresse au complet)

(durée de résidence dans la province)

(date de naissance)

(lieu de naissance)

(citoyenneté)

(profession)

(situation de famille) (si marié(e), nom et adresse du conjoint)

(si célibataire, nom et adresse du parent le plus proche)

(nom et âge de toute personne à la charge du malade)

(n^o d'assurance sociale du malade et n^o d'assurance vieillesse)

REAL ESTATE

Property of patient and mortgages or charges on same, if any:

(Location)

(Description)

(Leasehold or freehold)

(Name and address of mortgagees, if any)

(Market value of property)

If property of the patient has been rented, give the following information:

(Name of tenant)

(Particulars of tenancy, such as length and terms of lease)

(Is the lease in writing?
If so, in whose possession is the document?)

(Give address of such person)

(To whom has the rent been paid?)

(To what date has rent been paid?)

LIFE, ACCIDENT, DISABILITY AND INCOME PROTECTION INSURANCE

Name of the Company	Number of Policy or Certificate	Amount of Insurance	In whose possession is the Policy?	Is this Group Insurance? (State yes or no)
---------------------	---------------------------------	---------------------	------------------------------------	--

BIENS RÉELS

Biens du malade et hypothèques ou autres charges les grevant, le cas échéant :

(lieu)

(description)

(tenure à bail ou libre)

(nom et adresse des créanciers hypothécaires, le cas échéant)

(valeur marchande des biens)

Si les biens du malade sont loués, donner les renseignements suivants :

(nom du locataire)

(détails de la location tels que durée et conditions du bail)

(S'agit-il d'un bail écrit?
Si oui, qui est en possession du document?)

(Donner son adresse)

(À qui le loyer est payé?)

(Jusqu'à quelle date?)

ASSURANCES : VIE, ACCIDENT, INVALIDITÉ, PROTECTION DU REVENU

Nom de la compagnie	Numéro de la police ou du certificat	Montant de l'assurance	Personne en possession de la police	S'agit-il d'une assurance collective (oui ou non)
---------------------	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

PENSION OR SUPERANNUATION

If patient receives pension or superannuation, etc., give particulars:

PERSONAL ESTATE

Cash on hand, in bank accounts and safety deposits:

(Give name and address of person who is in possession of cash)

(What is the amount?)

If deposited in a bank, give name and address of branch)

(In whose possession is the bank book?
State amount in bank account)

(If joint account, give name and address of joint owner)

(If patient has a safety deposit box, give location and name and address of person in possession of keys)

STOCKS, BONDS AND SIMILAR INVESTMENTS

Name of Security	Par Value	In whose possession?
------------------	-----------	----------------------

PERSONAL PROPERTY

(Give approximate values)

(Farm implements)

(Stock in trade)

(Livestock)

(Farm produce)

(Motor vehicles)

(Other property or income, if any)

PENSION OU PENSION DE RETRAITE

Si le malade reçoit une pension ou une pension de retraite, en donner les détails :

BIENS PERSONNELS

Espèces en main, en banque et en dépôts de sûreté :

(nom et adresse de la personne en possession des espèces)

(montant - Si elles sont déposées dans une banque, nom et adresse de la succursale)

(nom de la personne en possession du livret de banque/montant dans le compte de banque)

(S'il s'agit d'un compte conjoint, nom et adresse du propriétaire conjoint)

(Si le malade a un coffret de sécurité, donner le lieu ainsi que le nom et l'adresse de la personne en possession des clés)

ACTIONS, OBLIGATIONS ET AUTRES PLACEMENTS SIMILAIRES

Nom des valeurs	Valeur au pair	Personne en possession
-----------------	----------------	------------------------

BIENS PERSONNELS

(Donner les valeurs approximatives)

(instruments aratoires)

(stocks)

(bétail)

(produits agricoles)

(véhicules à moteur)

(autres biens ou revenus, le cas échéant)

MONEY SECURED BY MORTGAGE

(Give name and address of mortgagors who have borrowed money from the patient, setting out in detail each mortgage)

(State in whose possession the mortgages are and address of such person)

FONDS GARANTIS PAR HYPOTHÈQUE

(nom et adresse des débiteurs hypothécaires qui ont emprunté des fonds du malade, donner les détails pour chaque hypothèque)

(nom et adresse de la personne en possession des hypothèques)

BOOK DEBTS AND PROMISSORY NOTES OWING TO PATIENT

(Give names and addresses of debtors)

(State in whose possession the notes are and address of such person)

CRÉANCES COMPTABLES ET BILLETS À ORDRE DUS AU MALADE

(noms et adresses des débiteurs)

(nom et adresse de la personne en possession desdits billets)

LIABILITIES, IF ANY, OTHER THAN MORTGAGE DEBTS

ÉLÉMENTS DU PASSIF, LE CAS ÉCHÉANT, AUTRES QUE LES DETTES HYPOTHÉCAIRES

OTHER

Does the patient have a will? [] Yes [] No

(If yes, state in whose possession it is
and address of such person)

Dated this _____ day of _____, 19_____.

Signature of Person Completing Form

Relationship to Patient

Name of Person Completing Form
(printed)

Address of Person Completing Form
(printed)

The administrator of the psychiatric facility shall retain a copy of this form and forward one copy to the Public Trustee, whether or not the patient has any estate.

DIVERS

Le malade a-t-il un testament? [] oui [] non

(Si oui, nom et adresse de la personne qui
en est en possession)

Fait le _____ 19_____.

Signature de la personne qui remplit la formule

Lien avec le malade

Nom de la personne qui remplit la formule
(imprimé)

Adresse de la personne qui remplit la formule
(imprimé)

L'administrateur de l'établissement psychiatrique doit conserver une copie de cette formule et en transmettre une autre au curateur public, que le malade possède ou non des biens.