



AVIS DE RENVOI À UN COMITÉ D'AUDIENCE

Date

Confidentiel

Nom

Adresse

**Objet : Nom de la personne
 Demande de nomination d'un subrogé
 à l'égard des soins personnels et de la gestion des biens
 telle qu'elle a été présentée par « nom du demandeur »**

Bonjour,

Après avoir examiné la demande mentionnée ci-dessus, je vous informe que j'ai décidé de renvoyer la demande à un comité d'audience pour qu'il l'étudie et qu'il présente des recommandations.

Les motifs de cette décision seront fournis à toute personne avisée de celle-ci qui le demande par écrit.

L'audience se déroulera par téléconférence. Un avis vous sera envoyé pour vous informer de la date, de l'heure, du lieu et de l'objet de l'audience. Au cours de celle-ci, vous aurez le droit de présenter des renseignements. Vous aurez aussi le droit d'être représenté par une autre personne comme un ami, un défenseur ou un avocat.

Veillez communiquer avec notre coordinatrice du comité d'audience, Marilyn Desjarlais, à l'adresse suivante Marilyn.Desjarlais@gov.mb.ca et lui indiquer votre adresse électronique pour recevoir une invitation électronique à la conférence téléphonique (Microsoft Teams) du comité d'audience.

Vous avez la possibilité de consulter la demande et les documents qui seront étudiés par le comité avant l'audience. Si vous souhaitez étudier ces documents, veuillez faire part de ce souhait à Marilyn Desjarlais au plus tôt afin qu'elle puisse prendre les dispositions nécessaires.

Coordonnatrice du comité d'audience
114, rue Garry, bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4
Téléphone : 204 782-9017
1 800 757-9857

Vous trouverez ci-joints des documents qui expliquent ce qu'est la subrogation et qui résumant la Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle ainsi que le processus d'audience. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, consultez le site Web suivant : <https://www.gov.mb.ca/fs/calido/index.fr.html>.

Jacques Lafournaise
Commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle

c.c. : Marilyn Desjarlais

p. j.

Personnes recevant le présent avis :

« Nom de la personne »

Nom du travailleur des services communautaires

Nom du superviseur du Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Fournisseur de soins

Parent le plus proche

Nom(s) du(des) subrogé(s) proposé(s)

Nom du demandeur

Nom du gestionnaire de cas et de l'organisme, le cas échéant