

CONFIDENTIEL

AVIS D'AUDIENCE

Une audience sera organisée devant un comité d'audience pour examiner les demandes présentées par « *nom du demandeur* » en vue de nommer un subrogé pour « *nom de la personne* » et formuler une recommandation.

La demande vise à ce que des pouvoirs soient accordés au subrogé en vertu de l'article 92 de la Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle.

Nous vous informons qu'une audience sera organisée par téléconférence (Microsoft Teams) en vertu des dispositions de l'article 87 de la Loi et qu'elle aura lieu selon les modalités suivantes :

Date/heure :	La date et l'heure de l'audience
Microsoft Teams :	Des instructions et une invitation seront envoyées par courriel.
Code d'accès :	Se reporter à l'invitation par courriel.

Toute personne ayant reçu l'avis concernant cette audience a le droit de participer à la conférence téléphonique pour comparaître devant le comité d'audience et lui présenter des renseignements et des observations, et d'être représentée par une autre personne.

Vous trouverez ci-joint un feuillet d'information qui explique le processus d'audience.

COPIES DE L'AVIS :

« <i>Nom de la personne</i> »	Membres du comité d'audience
Nom du travailleur des services communautaires	Présidence : nom
Nom du superviseur du Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées	Membre : nom
Fournisseur de soins	Membre : nom
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	

Veillez communiquer avec Marilyn Desjarlais, coordinatrice du comité d'audience, en composant le 204 555-5555, ou sans frais le 1 800 555-5555, pour confirmer votre participation à la conférence téléphonique.

FAIT le _____ jour de(d') _____ 2025. _____
Jacques Lafournaise
Commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle

ADRESSES ÉLECTRONIQUES POUR LES 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

EXEMPLE