



DESTINATAIRE : _____
(nom de la personne en lettres moulées)

DOMICILIÉE AU : _____
(adresse de la personne en lettres moulées)

La présente est pour vous informer que vous
êtes sujet/sujette à une ordonnance de
traitement en milieu communautaire en date du _____
(date de la signature de l'ordonnance)

L'ordonnance de traitement en milieu
communautaire prend fin le _____
(date limite de l'ordonnance)

***Si vous voulez contester l'ordonnance de traitement en milieu communautaire, vous avez droit à
une audience devant la Commission du consentement et de la capacité.***

***Vous avez le droit de retenir les services d'un avocat au sujet de l'ordonnance de traitement en
milieu communautaire une fois qu'elle vous a été remise ou qu'elle a été renouvelée.***

Vous pouvez faire une demande d'audience en remplissant la **Formule 48** qui est jointe à cet avis.

Date _____
(jour / mois / année)

(signature du médecin)

(nom du médecin en lettres moulées)

(nom de l'établissement psychiatrique (au besoin))

REMARQUES

1. Il n'est pas possible de donner ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire pour une période de plus de six mois.
2. La personne visée par une ordonnance de traitement en milieu communautaire ou une personne agissant en son nom peut, sur requête rédigée selon la formule approuvée (Formule 48), demander à la Commission de procéder à une enquête afin d'établir si les conditions du prononcé ou du renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire énoncées à l'article 33.1(4) sont remplies.
3. Il est possible de présenter une requête à la Commission chaque fois qu'une ordonnance de traitement en milieu communautaire est prise ou renouvelée.



TO: _____
(print full name of person)

of: _____
(print home address of person)

This is to inform you that you are subject to a
community treatment order completed on _____
(date community treatment order signed)

The community treatment order expires on _____
(date community treatment order expires)

***If you wish to challenge the community treatment order, you have a right to a hearing before the
Consent and Capacity Board.***

***You have a right to retain and instruct counsel about the community treatment order at any time
after it is issued or renewed.***

You may apply for a hearing by completing a **Form 48** which is attached to this notice.

Date _____
(day / month / year)

(signature of physician)

(print name of physician)

(name of psychiatric facility) (if applicable)

Notes

1. A community treatment order may be issued or renewed for not more than 6 months.
2. A person who is subject to a community treatment order, or any person on his or her behalf, may apply to the Board in the approved form (Form 48) to inquire into whether or not the criteria for issuing or renewing a community treatment order in subsection 33.1(4) of the Mental Health Act are met.
3. An application to the Board may be made each time a community treatment order is issued or renewed.