

FORM 8

NOTICE

(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(4))

To: _____
(Name of Involuntary Patient or Person)

Attached to this notice please find a certificate of mental incompetence with respect to your mental incompetence in relation to the giving or refusing to give consent for various purposes under section 8.5 of the *Mental Health Act* [] on your own behalf or [] on behalf of _____

(Name of Involuntary Patient)

You are entitled to file an application in the prescribed form with _____

(Name and address of chairman of review board
having jurisdiction)

for an inquiry into whether you are mentally competent to give or refuse to give consent under section 8.5 of the *Mental Health Act*.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Administrator

Address of Administrator

FORMULE 8

AVIS

(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(4))

Destinataire : _____
(nom du malade en placement
non volontaire ou de la personne)

Joint au présent avis, veuillez trouver un certificat d'incapacité mentale relativement à votre incapacité mentale pour donner ou refuser de donner votre consentement à des fins diverses en application de l'article 8.5 de la *Loi sur la santé mentale* [] en votre propre nom ou [] au nom de _____

(nom du malade en placement non volontaire)

Vous avez le droit de déposer une demande établie selon la formule prescrite auprès de _____

(nom et adresse du président de la commission
de recours compétente)

afin de déterminer si vous êtes capable mentalement de donner ou de refuser de donner votre consentement en application de l'article 8.5 de la *Loi sur la santé mentale*.

Fait le _____ 19__.

Signature de l'administrateur

Adresse de l'administrateur