**Tous les renseignements sont confidentiels. Écrire en lettres moulées.**

**Avez-vous déjà travaillé pour l’Hôpital du district de Geraldton? □ Oui □ Non**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pourquoi souhaitez-vous devenir conseiller ou conseillère bénévole auprès des patients et des familles?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Décrivez les compétences, l’expérience ou la formation que vous possédez qui pourraient vous être utiles en tant que conseiller ou conseillère auprès des patients et des familles.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je suis : □ un(e) patient(e) □ un membre de la famille d’un(e) patient(e) □ un(e) partenaire de soins

**Indiquez les contributions que vous souhaitez apporter en tant que conseiller ou conseillère auprès des patients et des familles.**

**Conseiller ou conseillère auprès des patients et des familles**

\_\_\_Siéger à des comités : représenter les patients et les familles au sein de comités.

\_\_\_Raconter votre histoire : raconter aux fournisseurs de soins et aux patients votre expérience en matière de soins de santé.

\_\_\_Faire partie du comité de soins axés sur les patients et les familles.

**Aller au verso**

Indiquez vos disponibilités pour assister à des réunions.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUN.** | **MAR.** | **MER.** | **JEU.** | **VEN.** | **SAM.** | **DIM.** |
| **Avant-midi** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Après-midi** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Soirée** |  |  |  |  |  |  |  |

Avez-vous besoin de mesures d’adaptation en raison d’un handicap? **□ Oui**  **□ Non**

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personne avec qui communiquer en cas d’urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lien avec vous : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été reconnu(e) coupable d’une infraction aux termes de la *Loi sur le casier judiciaire*? □ Oui □ Non

**J’atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans cette demande sont vrais et complets.**

Signature du candidat/de la candidate : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_

**Renvoyez ce formulaire par la poste, par courriel ou en personne à**

Kelsey Cleaveley, co-chef de direction des soins infirmiers

Hôpital du district de Geraldton

Sac postal 4

500, av. Hogarth Ouest

Geraldton (Ontario) P0T 1M0

**Téléc. :** 807 854-3002

**Courriel :** kcleaveley@geraldtondh.com

Merci beaucoup de votre coopération et de votre aide.

Tous les renseignements fournis sont confidentiels.