

Merci de l'intérêt que vous portez au bénévolat à l'Hôpital Sensenbrenner. Le présent formulaire s'adresse à la fois aux bénévoles généraux et aux bénévoles étudiants. Toutes les demandes sont examinées par la responsable des bénévoles. Les personnes retenues pourraient être contactées pour une entrevue, une vérification et une session d'orientation. La soumission d'une demande ne garantit pas un placement.

Bénévoles étudiants

Les personnes qui présentent une demande à titre de bénévoles étudiants doivent être inscrits en 9^e année ou dans une classe supérieure et être âgées d'au moins 14 ans.

Exigences en matière de vérification

Les bénévoles âgés de 18 ans et plus doivent fournir une vérification du casier judiciaire pour le secteur vulnérable valide.

Soumission de la demande

Veuillez transmettre votre formulaire dûment rempli :

- Par courriel: cbelanger-lacroix@senhosp.ca
- En Personne: Hôpital Sensenbrenner
À l'attention de: Responsable des bénévoles
101 Progress Cres
Kapuskasing, ON, P5N 3H5

RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT OU LA CANDIDATE

Prénom		Nom de famille	
Nom usuel (si différent)		Date de naissance (AAAA/MM/DD)	
Adresse		Ville	
Province		Code postal	
Téléphone/cellulaire		Courriel	
Genre	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre	Langues parlées	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre: _____
Personne-ressource en cas d'urgence			
Lien avec le ou la bénévole		Téléphone	

TYPE DE BÉNÉVOLAT

☐ Bénévole général ☐ Étudiant

Si vous êtes bénévole étudiant, veuillez préciser :

École/établissement	
Programme ou cours (le cas échéant)	

EXPÉRIENCE, COMPÉTENCES ET INTÉRÊTS EN BÉNÉVOLAT

Avez-vous déjà fait du bénévolat?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer vos expériences de bénévolats actuelles ou antérieures:

Veuillez indiquer toute expérience professionnelle, formation ou certification pertinente :

Le cas échéant, veuillez indiquer toute affiliation à des organisme communautaire ou de service (ex. : Filles d'Isabelle, Chevalier de Colomb, etc.)

Veuillez indiquer vos champs d'intérêts (cochez tout ce qui s'applique) :

- ☐ Visites aux patients
- ☐ Activités récréatives ou cognitives (jeux de cartes, bingo, lecture)
- ☐ Activités créatives (art, tricot, musique, artisanat)
- ☐ Activités de bien-être ou de mouvement (exercices légers, yoga, danse)
- ☐ Cuisine/pâtisserie
- ☐ Visites en soins palliatifs
- ☐ Jardinage ou soutien extérieur
- ☐ Événements spéciaux
- ☐ Autre: _____

DISPONIBILITÉS

Veillez indiquer vos disponibilités ci-dessous.

Journées	Heures	Hebdomadaire	Bimensuel	Mensuel
Lundi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	_____ to _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seriez-vous intéressé(e) à participer à une rencontre mensuelle visant à planifier et organiser des activités spéciales?

☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ

Ces renseignements sont recueillis afin d'assurer la sécurité des patients et le respect des exigences en matière de prévention et de contrôle des infections.

Vos vaccins sont-ils à jour?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous reçu le vaccin saisonnier contre la grippe?

☐ Oui ☐ Non

Si non, seriez-vous disposé(e) à le recevoir?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous reçu un minimum de deux (2) doses d'un vaccin contre la COVID-19?

☐ Oui ☐ Non

VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE (SECTEUR VULNÉRABLE)

Les bénévoles âgés de 18 ans et plus doivent fournir une vérification du casier judiciaire pour le secteur vulnérable dans le cadre du processus de sélection. Des renseignements et des directives supplémentaires seront fournis si votre demande est retenue. Aucun frais n'est exigé des bénévoles pour l'obtention de cette vérification.

Veillez cocher la case appropriée:

- ☐ Je ne prévois aucun problème pour obtenir une vérification du secteur vulnérable sans mention.
- ☐ Je prévois un problème potentiel et souhaiterais en discuter davantage.
- ☐ S/O – J'ai moins de 18 ans.

ACCESSIBILITÉ ET MESURES D'ADAPTATION

Avez-vous besoin de mesures d'adaptation afin de pouvoir faire du bénévolat de façon sécuritaire et confortable?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser :

Ces renseignements servant uniquement à soutenir une affection appropriée et l'accessibilité.

RÉFÉRENCES

Veillez fournir trois références liées au bénévolat ou au travail (autre que des membre de la famille ou des amis)

Nom de la référence		Lien avec le/la candidat(e)	
Téléphone		Courriel	

Nom de la référence		Lien avec le/la candidat(e)	
Téléphone		Courriel	

Nom de la référence		Lien avec le/la candidat(e)	
Téléphone		Courriel	

ADMISSIBILITÉ, DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Veillez lire attentivement les énoncés suivants et confirmer votre accord en signant ci-dessous :

- Je respecte l'âge minimum requis pour faire du bénévolat à l'Hôpital Sensenbrenner.
- Je suis fiable, honnête et capable de travailler de façon respectueuse et collaborative avec les autres.
- Je comprends que je dois respecter toutes les politiques de l'hôpital, y compris celle relatives à la confidentialité, à la protection des renseignements personnels, à la prévention des infections et à la conduite professionnelle.
- Je comprends que le bénévolat exige de la fiabilité, une tenue appropriée et une bonne hygiène personnelle.
- Je suis disposé(e) à compléter toutes les étapes requises de vérification, d'orientation et de formation.
- Je comprends que la soumission de cette demande ne garantit pas un placement.

J'atteste que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques et complets, au meilleur de ma connaissance. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins de la sélection, de l'affectation et de l'administration des bénévoles. J'autorise l'Hôpital Sensenbrenner à communiquer avec les références fournies dans le cadre de cette demande.

Signature du candidat		Date	
-----------------------	--	------	--

CONSENTEMENT DU PARENT OU DU TUTEUR

Requis pour les bénévoles de moins de 16 ans

La présente section doit être remplie par un parent ou un tuteur légal pour toute personne candidate âgée de moins de 16 ans.

Je soussigné(e), parent ou tuteur légale de la personne nommée dans cette demande, confirme avoir pris connaissance des renseignements fournis et consens à ce que mon enfant présente une demande et participe à des activités de bénévolat à l'Hôpital Sensenbrenner. Je comprends que mon enfant doit se conformer à toute les politiques, procédures et attentes de l'hôpital, notamment celles liées à la confidentialité, à la protection des renseignements personnels, à la sécurité, à la conduite et à l'apparence.

Je comprends que la soumission de la demande de bénévolat ne garantit pas une affectation et que la participation est conditionnelle à une vérification, une orientation et une évaluation continue satisfaisantes.

Nom complet du parent / tuteur			
Téléphone		Courriel	

Signature du parent / tuteur		Date	
------------------------------	--	------	--