

Formulaire de candidature au Service du bénévolat

Merci de remplir lisiblement tous les champs ci-dessous.

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. (domicile) : _____ Tél. (cellulaire) : _____

Courriel : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ Tél. : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre(s) : _____

Langue(s) écrite(s) : Français Anglais Autre(s) : _____

Scolarité : Primaire Secondaire Collégiale Universitaire

Domaine : _____

Profession : Sans emploi Étudiant Travailleur Retraité Stagiaire

Domaine : _____

Quelles sont vos motivations à vouloir devenir bénévole au sein de notre établissement ?

Avez-vous déjà fait du bénévolat ? Si oui, veuillez préciser le milieu, la clientèle et les tâches.

Avez-vous des problèmes de santé ou des restrictions dont vous devez tenir compte ?

Veillez nous fournir les coordonnées (nom et téléphone) de deux références professionnelles vous connaissant bien depuis plus de six (6) mois. *Les membres de votre famille et les amis ne peuvent pas être cités en référence.*

Veillez indiquer vos choix parmi les installations de notre CIUSSS.

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Cœur | <input type="checkbox"/> CH Cartierville | <input type="checkbox"/> CH Notre-Dame-de-la-Merci | <input type="checkbox"/> CH Paul-Lizotte | <input type="checkbox"/> CH Paul-Lizotte |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Jean-Talon | <input type="checkbox"/> CH St-Laurent | <input type="checkbox"/> CH Laurendeau | <input type="checkbox"/> CH Auclair | <input type="checkbox"/> CH Auclair |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury | <input type="checkbox"/> CH St-Joseph | <input type="checkbox"/> CH Légaré | <input type="checkbox"/> CH Paul-Gouin | <input type="checkbox"/> CH Paul-Gouin |
| <input type="checkbox"/> Hôpital RDP | <input type="checkbox"/> Pav. Des Bâtisseurs | | <input type="checkbox"/> CH Quatre-Saisons | <input type="checkbox"/> CH Quatre-Saisons |
| <input type="checkbox"/> CLSC Villeray | <input type="checkbox"/> CLSC Petite-Patrie | | | |

Disponibilités

Pour s'impliquer, il est nécessaire d'être disponible pour un minimum de trois (3) heures par semaine, et ce, pour une durée minimale de trois (3) mois.

1. Veuillez indiquer la ou les plage(s) horaire(s) où vous êtes disponible dans la case appropriée.

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Avant-midi (de 8 h à 12 h)							
Après-midi (de 12 h à 16 h)							
Soirée (de 16 h à 20 h)							

2. Veuillez indiquer votre choix de programme d'implication par ordre de préférence en cochant la case appropriée (1, 2, 3)

Programmes d'implication

Accompagnement et écoute aux patients (milieux hospitaliers et/ou hébergement : visites au chevet, soins palliatifs)	
Accompagnement médical (soutien pour la clientèle lors d'examen médical, le transport se fait en autobus adapté)	
Accueil et accompagnement à l'hôpital / CLSC (entrées principales, urgence, oncologie ou cliniques externes)	
Activité de loisirs (principalement en hébergement : musique, repas spéciaux, stimulation cognitive, jeux variés, etc.)	
Activité de soins spirituels (messe, communion, visites au chevet, soutien à la clientèle)	
Activité de financement (boutique-cadeaux / kiosque Loto-Québec, café mobile, vente de livres, de revues, friperie)	
Activité de réadaptation (groupe de marche, clinique de positionnement, groupe d'exercices)	
Services – Ponctuel (collaboration aux événements du Service : clinique de vaccination, collecte de sang, tâches cléricales)	

Le Service du bénévolat du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal se réserve le droit de diriger le candidat vers l'activité ou l'établissement qui correspond le mieux au besoin du service ou du candidat. Tous les programmes excluent l'aide directe aux patients (ex. prodiguer des soins d'hygiène à un patient). Ces tâches sont réservées au personnel de l'équipe soignante.

En signant cette offre de service, je certifie l'authenticité des renseignements et que ceux-ci sont facilement vérifiables. Cette offre de service ne garantit pas mon acceptation en tant que bénévole au sein du Service de bénévolat du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal. Une entrevue de sélection devra être réalisée pour chaque candidat et des vérifications de références et d'antécédents judiciaires sont obligatoires.

Signature du candidat : _____ Date : _____

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Service du bénévolat.
Pour les centres d'hébergements ou pour l'Hôpital Jean-Talon : 514 495-6767, poste 6501
Pour l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal : 514 338-2222, poste 2596
Pour l'Hôpital Fleury ou CLSC : 514 331-2288, poste 71428

Veuillez retourner cette offre de service à l'attention de :
Mme Louise Casaubon, agente administrative service du bénévolat.
demande.benevolat.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Références

Votre nom : _____ Votre prénom : _____

Veillez nous fournir les coordonnées complètes de deux références professionnelles vous connaissant bien depuis plus de six (6) mois.

Les membres de votre famille et les amis ne peuvent pas être cités en référence.

RÉFÉRENCE 1

De (aaaa/mm/jj) : _____ à : (aaaa/mm/jj) _____

Lien: Employeur Bénévolat Professeur Autre

Organisme/établissement : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Tél. (domicile) : _____ Tél. (cellulaire) : _____

Courriel : _____

Vos principales tâches : _____

RÉFÉRENCE 2

De (aaaa/mm/jj) : _____ à : (aaaa/mm/jj) _____

Lien: Employeur Bénévolat Professeur Autre

Organisme/établissement : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Tél. (domicile) : _____ Tél. (cellulaire) : _____

Courriel : _____

Vos principales tâches : _____

Par la présente, j'autorise à ce que des vérifications sur mes antécédents professionnels soient effectuées par le responsable du service du bénévolat du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal. Et je dégage de toute responsabilité et de toute réclamation les personnes

Signature du candidat : _____ Date : _____