

3- Lieu de votre bénévolat

(cochez l'installation où vous souhaitez faire du bénévolat - vous pouvez choisir plus d'une installation)

Clientèle Jeunesse	Clientèle Personnes âgées		
<input type="checkbox"/> Centre Jeunesse de Montréal	Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	Secteur Ouest	Secteur Est
Clientèle en réadaptation physique	<input type="checkbox"/> Pavillon Côte-des-Neiges	<input type="checkbox"/> CHSLD Champlain	<input type="checkbox"/> CHSLD Armand-Lavergne
<input type="checkbox"/> Institut de réadaptation Gingras-Lyndsay de Montréal (IRGLM)	<input type="checkbox"/> Pavillon Alfred Desrochers	<input type="checkbox"/> CHSLD des Seigneurs	<input type="checkbox"/> CHSLD Bruchési
<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB)	<input type="checkbox"/> Hôpital chinois	<input type="checkbox"/> CHSLD Louis-Riel	<input type="checkbox"/> CHSLD Émilie-Gamelin
Clientèle en santé physique		<input type="checkbox"/> CHSLD Manoir-de-Verdun	<input type="checkbox"/> CHSLD Ernest-Routhier
<input type="checkbox"/> Hôpital Verdun (HV)		<input type="checkbox"/> CHSLD Réal-Morel	<input type="checkbox"/> CHSLD Jean-de-la-Lande
<input type="checkbox"/> Hôpital Notre-Dame (Automne 2017)		<input type="checkbox"/> CHSLD Saint-Henri	<input type="checkbox"/> CHSLD Manoir-de-l'Âge-d'Or
*23 ans et plus		<input type="checkbox"/> CHSLD Yvon-Brunet	<input type="checkbox"/> CHSLD Paul-Émile-Léger

4- Recommandation

Comment avez-vous entendu parler de notre établissement? (Vous pouvez cocher plus d'une case)

- Moi ou un proche avons déjà reçu des services dans votre établissement
- J'ai été recommandé par un bénévole de votre établissement
- J'ai été recommandé par un employé de votre établissement
- J'ai déjà été employé de votre établissement – Date (spécifiez) : _____
- J'ai déjà été bénévole dans votre établissement - Date (spécifiez) : _____
- J'ai été recommandé par une entreprise privée (spécifiez) : _____
- J'ai été recommandé par un milieu d'enseignement (spécifiez) : _____
- J'ai été recommandé par un organisme communautaire/ gouvernemental (spécifiez) : _____
- J'ai été recommandé par un Centre de recrutement de bénévoles (spécifiez) : _____
- J'ai entendu parler de vous par de la Publicité : Affiches Dépliant Journaux Site web du CIUSSS Médias sociaux
- Autres (spécifiez) : _____

5- Aptitudes

Possédez-vous un talent particulier que vous désirez mettre à contribution? (Musique, peinture, chant, tricot, etc.)

6-Origine ethnoculturelle

Voulant répondre aux besoins des usagers en provenance de différentes origines culturelles, pouvez-vous nous identifier votre origine ethnoculturelle?

Oui Non Spécifiez : _____

7- Santé

Avez-vous une difficulté qui limiterait vos actions ? (contraintes alimentaires, contraintes à l'autonomie, etc.)

8- Secteurs d'activités dans lesquelles vous pourriez vous impliquer

Clientèle Jeunesse	Clientèle en santé physique (Hôpital)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accompagnement régulier d'un enfant <input type="checkbox"/> Accompagnement régulier d'une adolescente <input type="checkbox"/> Accompagnement régulier d'un adolescent <input type="checkbox"/> Animer régulièrement des activités de groupe <input type="checkbox"/> Animer régulièrement des activités de groupe <input type="checkbox"/> Activités spéciales <input type="checkbox"/> Faire du transport d'enfants ou de jeunes <input type="checkbox"/> Participer régulièrement à des activités de groupe <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 9) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accueil aux portes d'entrée (HV et HND) <input type="checkbox"/> Accueil à l'urgence (HV et HND) <input type="checkbox"/> Activité de loisirs (gériatrie et psychiatrie) (HV) <input type="checkbox"/> Activité de marche (HV) <input type="checkbox"/> Clinique de prélèvement (HND) <input type="checkbox"/> Clinique de chirurgie d'un jour (HND) <input type="checkbox"/> Clinique d'hémodialyse (HND) <input type="checkbox"/> Clinique d'oncologie (HND) <input type="checkbox"/> Service ponctuel et régulier (Tâches cléricales, distribution de breuvages/livres, etc) (HND) <input type="checkbox"/> Soins palliatifs (HV et HND) <input type="checkbox"/> Ventes ponctuelles (livre) (HND) <input type="checkbox"/> Visites d'amitié (HV et HND) <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 9)
Clientèle en réadaptation physique	Clientèle Personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accompagnement médicales (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Accueil, orientation et aide vestimentaire (CRLB) <input type="checkbox"/> Accompagnement extérieur avec ou sans véhicule (CRLB) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs (IRGLM) <input type="checkbox"/> Aide au repas (IRGLM) <input type="checkbox"/> Bibliothèque roulante (IRGLM) <input type="checkbox"/> Boutique Cadeau (IRGLM) <input type="checkbox"/> Centre de documentation (CRLB et IRGLM) <input type="checkbox"/> Chauffeur (Permis de type 4B obligatoire) (CRLB) <input type="checkbox"/> Clinique d'impôts (CRLB) <input type="checkbox"/> Grand ménage et autres services d'entretien (CRLB) <input type="checkbox"/> Horticulture (CRLB) <input type="checkbox"/> Manucure (IRGLM) <input type="checkbox"/> Massage (IRGLM) <input type="checkbox"/> Préparation au déménagement et aide à l'installation (CRLB) <input type="checkbox"/> Soutien administratif (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Soutien à la Fondation (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Soutien aux activités de réadaptation (CRLB) <input type="checkbox"/> Visites d'amitié (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Soutien aux soins spirituels (IRGLM) <input type="checkbox"/> Vidéothèque (IRGLM) <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 9) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Achat pour la clientèle <input type="checkbox"/> Aide en alimentation (IUGM et Hôp. Chinois) <input type="checkbox"/> Accompagnement en fin de vie/ Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Activités de loisirs - artistiques (peinture, cuisine, chant, etc) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs - divertissement (film, jeux, etc) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs - physiques (mise en forme, yoga, sports, etc) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs - sociales (Café, fête, spectacle, etc) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs - intellectuelles (quiz, documentaire, etc) <input type="checkbox"/> Bibliothèque <input type="checkbox"/> Boutique (IUGM) <input type="checkbox"/> Coiffure <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> Friperie <input type="checkbox"/> Manucure <input type="checkbox"/> OVS (Observatoire vieillissement et société IUGM) <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Sorties récréatives individuelles <input type="checkbox"/> Sorties récréatives de groupe <input type="checkbox"/> Soutien à l'informatique <input type="checkbox"/> Soutien à la clinique d'optométrie <input type="checkbox"/> Soutien au service d'ergothérapie <input type="checkbox"/> Soutien au service d'orthophonie (IUGM) <input type="checkbox"/> Soutien au service de physiothérapie <input type="checkbox"/> Soutien au service des soins spirituels <input type="checkbox"/> Soutien aux équipes des centres de jour <input type="checkbox"/> Visites amicales <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 9)

9- Explication de votre projet

10- Déclaration du candidat (SECTION OBLIGATOIRE)

Références

J'accepte de remettre des lettres de recommandation en soutien à ma candidature et j'autorise à ce qu'un représentant de l'établissement procède à une vérification au besoin.

Initiales : _____

Confidentialité

Je m'engage à respecter la confidentialité des renseignements concernant la vie privée et le caractère confidentiel des conversations et des renseignements personnels sous toutes ses formes, concernant tous les résidents, les usagers, les patients ou toute personne mineure, que je sois à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

Je m'engage à ne pas divulguer ces informations à quiconque sans autorisation.

Initiales : _____

Antécédents judiciaires

J'autorise à ce qu'un représentant de l'établissement vérifie mes antécédents judiciaires, en lien avec le poste de bénévole, c'est-à-dire toute condamnation pénale ou criminelle au Canada, toute ordonnance judiciaire subsistant au Canada ou à l'étranger ou toute accusation pénale ou criminelle pendante au Canada ou à l'étranger.

J'autorise également à ce que l'établissement communique et reçoive tous les renseignements nécessaires à la vérification de ma déclaration des antécédents judiciaires, tant par un corps policier local ou tout autre moyen mis à la disposition de l'établissement.

Une fois accepté comme bénévole, je m'engage à déclarer tout changement relatif à ma situation personnelle, tel qu'une enquête me visant pour une infraction aux lois en vigueur, ou toute autre situation qui porte ou pourrait porter atteinte à la réputation ou de nature à jeter publiquement le discrédit sur l'établissement.

Initiales : _____

11- Signature

Cette partie sera complétée seulement au moment de la rencontre d'accueil

J'atteste que j'ai moi-même complété les informations écrites dans le présent formulaire et qu'elles sont véridiques, complètes et exactes. Je comprends qu'une fausse déclaration ou des informations incomplètes peuvent entraîner le rejet de ma candidature à titre de bénévole, la suspension ou la cessation immédiate de mes activités bénévoles si je suis engagé.

Signature

Date

Réservé à l'usage du Service du bénévolat

Commentaires

Candidature acceptée Date d'entrée : _____

Candidature annulée Raison : _____

Candidature refusée Raison : _____

Signature du responsable des bénévoles : _____

Fermeture du dossier - Date du départ : _____

Raison du départ : _____