

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 *23 ans et plus	<input type="checkbox"/> Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	<input type="checkbox"/> Secteur Ouest	<input type="checkbox"/> 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"/> Centre de jour 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 de Montréal <input type="checkbox"/> Centre de jour Hôpital Chinois de Montréal	<input type="checkbox"/> CHSLD Manoir-de-Verdun <input type="checkbox"/> Centre de jour Manoir de Verdun	<input type="checkbox"/> CHSLD Émilie-Gamelin <input type="checkbox"/> Centre de jour Émilie-Gamelin
<input type="checkbox"/> Institut Raymond-Dewar (IRD)		<input type="checkbox"/> CHSLD Louis-Riel	<input type="checkbox"/> CHSLD Ernest-Routhier
Clientèle en santé physique		<input type="checkbox"/> CHSLD Réal-Morel	<input type="checkbox"/> CHSLD Jean-de-la-Lande
<input type="checkbox"/> Hôpital Verdun (HV)		<input type="checkbox"/> CHSLD Saint-Henri <input type="checkbox"/> Centre de jour Saint-Henri	<input type="checkbox"/> CHSLD Manoir-de-l'Âge-d'Or
<input type="checkbox"/> Hôpital Notre-Dame (HND)		<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 ou par un employé de votre établissement
- J'ai déjà été employé ou bénévole de votre établissement – Date (spécifiez) : _____
- J'ai été recommandé par une entreprise privée ou 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

5- Aptitudes

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

6-Pays d'origine/ langue maternelle

Voulant répondre aux besoins des usagers provenant d'autres pays, seriez-vous intéressé à être jumelé avec des usagers provenant de votre pays d'origine ou parlant votre langue maternelle?

Oui Non Spécifiez votre pays d'origine : Cliquez ici pour entrer du texte.

7- Santé

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

8-Motivation

Pourquoi avez-vous décidé de faire du bénévolat?

9- Secteurs d'activités dans lesquelles vous pourriez vous impliquer (Noter vos priorités 1-2-3)

Clientèle Jeunesse	Clientèle en santé physique (Hôpital)
<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 des activités de groupe <input type="checkbox"/> Activités spéciales <input type="checkbox"/> Faire du transport d'enfants ou de jeunes <input type="checkbox"/> Salon de coiffure <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 10)	<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- psychiatrie HND et HV) <input type="checkbox"/> Activité de marche (HV et HND) <input type="checkbox"/> Clinique de cardiologie (HV) <input type="checkbox"/> Clinique de prélèvement (HND et HV) <input type="checkbox"/> Clinique de chirurgie d'un jour (HND) <input type="checkbox"/> Clinique d'oncologie (HV) <input type="checkbox"/> Clinique de radiologie (HV) <input type="checkbox"/> Distribution de journaux (HV et HND) <input type="checkbox"/> Repas animé (HV) <input type="checkbox"/> Soins palliatifs (HV) <input type="checkbox"/> Soutien à l'enseignement (plâtre) (HND) <input type="checkbox"/> Ventes ponctuelles (livre) (HND et HV) <input type="checkbox"/> Vestiaire (HND) <input type="checkbox"/> Visites amicales (HV et HND) <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 10)
Clientèle en réadaptation physique	Clientèle Personnes âgées
<input type="checkbox"/> Accompagnement médical (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Accueil, orientation et aide vestimentaire (CRLB, IRGLM et IRD) <input type="checkbox"/> Accompagnement extérieur avec ou sans véhicule (CRLB) <input type="checkbox"/> Activités de loisirs (IRGLM) <input type="checkbox"/> Aide en alimentation (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"/> Clinique d'impôts (CRLB et IRD) <input type="checkbox"/> Distribution de revue (IRGLM) <input type="checkbox"/> Support à domicile (réparation mineur, aménagement, etc) (IRGLM, CRLB et IRD) <input type="checkbox"/> Horticulture (CRLB) <input type="checkbox"/> Manucure (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 et IRGLM) <input type="checkbox"/> Visites amicales (IRGLM et CRLB) <input type="checkbox"/> Soutien au service des soins spirituels (IRGLM) <input type="checkbox"/> Vidéothèque (IRGLM) <input type="checkbox"/> Proposition d'un projet (Détails à la section 10)	<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 <input type="checkbox"/> Activités de repas animé <input type="checkbox"/> BBQ <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"/> Messe <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 10)

10- Explication de votre projet

Cliquez ici pour entrer du texte.

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 : _____

Politiques et procédures

Je m'engage à prendre connaissance du guide d'accueil et d'en respecter les politiques et procédures.

Initiales : _____

Carte d'identité

En prenant possession de votre carte, vous acceptez les consignes et les responsabilités suivantes :

- vous devez porter votre carte d'accès sur vous, et ce, en tout temps lorsque vous vous trouvez sur votre lieu de bénévolat;
- il est interdit de prêter votre carte ou utiliser la carte d'une tierce personne;
- il est interdit de modifier ou vandaliser la carte; celle-ci demeure la propriété du CIUSSS.
- À la fin de votre implication bénévole, vous devez remettre votre carte à votre intervenant local

Initiales : _____

11- Signature

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 : _____