

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à faire du bénévolat au sein du Réseau de santé Horizon, dont la mission est d'offrir des « soins exceptionnels pour tous, en tout temps ».

Les bénévoles d'Horizon jouent un rôle unique dans le sens que leur travail renforce le travail du personnel professionnel. La collaboration qui en résulte enrichit la démarche en matière de soins centrés sur le patient et la famille.

Toute personne désireuse de se joindre à notre équipe de bénévoles doit être âgée d'au moins 15 ans et accepter de se soumettre à une vérification de casier judiciaire et de l'aptitude à travailler auprès des personnes vulnérables. Plusieurs programmes de bénévolat exigent un engagement minimal d'un quart de travail par semaine pendant au moins six mois à un an.

Pour poser votre candidature au programme de bénévolat, veuillez acheminer votre **trousse de demande dûment remplie** au Service des ressources bénévoles local, soit par la poste, ou en personne. Votre demande doit comprendre :

- votre formulaire de demande dûment rempli;
- deux lettres de recommandation scellées (de personnes autres que les membres de la famille).

RÉGION	ADRESSE POSTALE	TÉLÉPHONE	POINT DE CHUTE
Fredericton	700, rue Priestman, C. P. 9000, Fredericton NB E3B 5N5	1-506-452-5322	4 th étage
Miramichi	500, rue Water, Miramichi NB E1V 3G5	1-506-623-3190	niveau 1
Moncton	135, av MacBeath, Moncton NB E1C 6Z8	1-506-857-5433	niveau G
Saint John	400, avenue University, Saint John, NB E2L 4L2	1-506-648-6523	niveau 1
Upper River Valley	11300, chemin 130, Waterville, comté de Carleton NB E7P 0A4	1-506-375-2541	niveau principal

IMPORTANT : Les demandes incomplètes ne seront pas considérées. Veuillez donc vous assurer de fournir tous les documents exigés.

La réception des demandes dûment remplies sera confirmée. Les candidats sélectionnés seront invités à une entrevue pour discuter de leurs centres d'intérêt, de leurs réalisations et de leur disponibilité en vue de leur trouver un rôle qui leur convient. Une preuve d'immunisation contre certaines maladies transmissibles sera exigée pour les personnes qui veulent faire du bénévolat au sein de programmes qui exigent un contact direct avec les patients. La question sera abordée plus en détail au cours de l'entrevue de sélection des bénévoles. Les bénévoles sélectionnés participeront à une orientation et recevront une formation propre au programme. Toutes les demandes seront conservées dans nos dossiers pendant une période de six mois aux fins de consultation potentielle en fonction des besoins de nos divers programmes de bénévolat.

L'objectif du programme de bénévolat est de rehausser l'expérience des patients et des familles en apportant une touche additionnelle d'attention aux soins qui leur sont prodigués et en contribuant à nos programmes de soins de santé. Dans cette optique, certains bénévoles font des visites auprès des patients et aident à la coordination de programmes de loisirs (musique, jeux de cartes, bingo), participent aux projets et aux comités de l'hôpital afin de collaborer avec les membres du personnel et leur fournir les suggestions des patients et de leur famille, tandis que d'autres accueillent et orientent les patients des cliniques ambulatoires ou donnent de leur temps en travaillant aux salons de coiffure, aux boutiques de cadeaux et aux cafés, entre autres.

Nous vous remercions encore de l'intérêt que vous portez au programme de bénévolat, et nous espérons recevoir de vos nouvelles bientôt. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec moi au numéro de téléphone susmentionné.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Ressources bénévoles
et Relations avec les auxiliaires et les
anciens et anciennes

Nom : _____
(En caractères d'imprimerie) (nom de famille) (prénom)

Adresse : _____

Ville : _____ **Code postal :** _____ **Courriel :** _____

Téléphone : (Domicile) _____ **(Cell.)** _____ **(Travail)** _____

Personne-ressource en cas d'urgence : _____
(Nom) (Lien de parenté)

Téléphone : (Domicile) _____ **(Cell.)** _____ **(Travail)** _____

Langues : Anglais Français Autre : _____

Veillez préciser la situation qui vous décrit le mieux :

Sur le marché du travail À la retraite À la recherche d'un emploi À l'université À l'école secondaire
 Autre : _____

Emploi (actuel ou précédent) : _____

Élève : Oui Non **École :** _____ **Niveau/année :** _____

Moins de 18 ans : Oui Non **Date de naissance :** _____
(Moins de 18 ans - fournir DDN de l'élève et consentement du parent) JJ/MM/AA - Nom du parent - Signature du parent aux fins de consentement parental

Expérience en tant que bénévole : Oui Non **Veillez énumérer :** _____

Pourquoi souhaitez-vous devenir conseiller ou conseillère bénévole en évaluation de l'expérience des patients?

De quelle façon avez-vous entendu parler des possibilités de bénévolats et des postes de conseiller ou de conseillère en évaluation de l'expérience des patients au sein du Réseau de santé Horizon?

Bouche-à-oreille Médias sociaux Télévision ou radio Publicité imprimée Ami(e) Professionnel de la santé

Veillez indiquer votre horaire de disponibilité pour faire du bénévolat :

Disponibilité	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Veillez préciser en avant-midi ou en après-midi							

Veillez indiquer s'il y a des périodes où vous ne serez pas disponible : (p. ex. été) Non Oui (veuillez préciser) : _____

Quelle serait la durée de votre engagement? Court terme (6 mois) Long terme (plus de 6 mois) Autre : _____

Parmi les compétences suivantes, lesquelles avez-vous?

Caissier/caissière Talents musicaux Collecte de fonds Artisanat Cuisson Service clientèle

Autre (veuillez préciser) : _____

Veillez cocher les cases qui correspondent le mieux à votre champ d'intérêt

J'aime interagir avec : les patients le public les aînés les enfants

Je suis une personne : sociale gênée/tranquille calme souple privée bavarde patiente fiable

Je préfère le travail : en équipe individuel dans un environnement dynamique dans un environnement tranquille

J'aime : organiser des activités jaser avec les autres participer à des activités sociales avoir des tâches variées
 avoir des tâches régulières

Suite sur la page 3

Veillez indiquer l'établissement où vous préféreriez effectuer vos activités bénévoles.

Région de Fredericton:	Région de Miramichi:	Région de Saint John:
<input type="checkbox"/> Hôpital régional Dr Everett Chalmers <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation Stan Cassidy <input type="checkbox"/> Hôpital public d'Oromocto <input type="checkbox"/> Centre de santé de Queens-Nord <input type="checkbox"/> Centre Woodbridge <input type="checkbox"/> Unité de soins de santé pour anciens combattants	<input type="checkbox"/> Hôpital régional de Miramichi Région de Moncton: <input type="checkbox"/> L'Hôpital de Moncton <input type="checkbox"/> Hôpital mémorial de Sackville Région du Haut de la Vallée: <input type="checkbox"/> Hôpital du Haut de la Vallée <input type="checkbox"/> L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph	<input type="checkbox"/> Hôpital régional de Saint John <input type="checkbox"/> Hôpital St. Joseph <input type="checkbox"/> Centracare <input type="checkbox"/> Centre de santé de Sussex <input type="checkbox"/> Hôpital du comté de Charlotte <input type="checkbox"/> Pavillon des anciens combattants Ridgewood

Case réservée aux candidats souhaitant occuper un poste de conseiller ou de conseillère en évaluation de l'expérience des patients (CEEP).

Les personnes désirant occuper un poste de bénévole général n'ont pas besoin de remplir la présente case.

N.b. Pour être considéré comme CEEP, vous (ou un membre de votre famille) devez avoir été hospitalisé au cours des 3 dernières années.

En tant que possible conseiller ou conseillère en évaluation de l'expérience des patients, vous avez de l'expérience comme :
 patient membre de la famille

Dans quel établissement avez-vous (ou un membre de votre famille) été hospitalisé? _____

Veillez préciser les unités ou les services où vous avez été hospitalisés : _____

À quand remonte votre dernière hospitalisation ou celle d'un membre de votre famille? _____

Veillez cocher les domaines de soins de santé dans lesquels vous avez de l'expérience ET pour lesquels vous avez un intérêt :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecine familiale | <input type="checkbox"/> Maternité (Obstétrique) | <input type="checkbox"/> Soins spirituels et religieux |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Soins néonataux | <input type="checkbox"/> Diagnostic en laboratoire |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Santé des femmes et des enfants | <input type="checkbox"/> Imagerie diagnostique (radiologie) |
| <input type="checkbox"/> Soins cardiaques (cœur) | <input type="checkbox"/> Néphrologie (dialyse) | <input type="checkbox"/> Planification des congés |
| <input type="checkbox"/> Oncologie (cancer) | <input type="checkbox"/> Éducation sur le diabète | <input type="checkbox"/> Services d'alimentation |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Réadaptation (ex. physiothérapie) | <input type="checkbox"/> Services ménagers |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Vieillesse en santé | <input type="checkbox"/> Entretien |
| <input type="checkbox"/> Médecine d'urgence (Service d'urgenc | <input type="checkbox"/> Soins respiratoires (MPOC) | <input type="checkbox"/> Vie privée des patients |
| <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Traitement des dépendances et santé mentale | |
| <input type="checkbox"/> Autre : (veuillez préciser) | | |

CONFIRMATION (TOUTES LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DEMANDE POUR DEVENIR BÉNÉVOLES ET CONSEILLERS OU CONSEILLÈRES EN ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS DOIVENT EXAMINER LEUR DEMANDE ET SIGNER CI-DESSOUS)

Veillez lire et vérifier vos renseignements avant d'apposer votre signature.

Je comprends que le fait de soumettre la présente demande ou de passer une entrevue ne garantit pas un poste de bénévole ou de CEEP.

Je comprends que le Réseau de santé Horizon, par souci de sécurité, demande que soit effectuée une vérification de mon casier judiciaire et de mon aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables.

Je comprends que, avant de commencer à titre de bénévole ou de CEEP, je dois suivre une séance d'orientation ou de formation et signer un accord de confidentialité en prêtant serment.

Je certifie par la présente que les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et complets. Par la présente, j'autorise le Service des ressources bénévoles à communiquer avec mon employeur actuel ou précédent ainsi qu'avec la recommandation personnelle que j'ai fournies dans le contexte de ma demande.

Signature (demandeur/demandeuse)

Date

Programmes de bénévolat

Vous trouverez ci-dessous une liste des programmes de bénévolats que nous offrons. Sélectionnez les programmes qui vous intéressent (N.B. la disponibilité des programmes varie). Nous en discuterons plus en détail au cours du processus d'entrevue.

Légende : **Fred** – Fredericton, **Mir** – Miramichi, **Mon** – Moncton, **SJ** – Saint John, **HV** – Haut de la Vallée, **ES** – programmes qui acceptent les élèves du secondaire

✓	Nom du programme	Description	Région					
			Fred	Mir	Mon	SJ	HV	ES
<input type="checkbox"/>	Conseillers en évaluation de l'expérience des patients	Les conseillers en évaluation de l'expérience des patients siègent bénévolement au sein de nos comités et groupes de travail, en partenariat avec des professionnels de la santé. Ils servent de porte-parole des patients et des familles et contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé pour tous.	✓	✓	✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	Préposés à l'accueil	Les préposés à l'accueil sont souvent les premiers à accueillir les visiteurs de nos établissements. Ils aident les patients à trouver leur chemin dans nos installations, leur livrent leurs cartes et leurs fleurs, et les aident au moment de leur congé de l'hôpital. Si vous aimez rester actif, ce programme est fait pour vous !	✓		✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	Hôte	Recevoir un traitement, subir une intervention chirurgicale ou attendre de connaître l'état de santé d'un être cher peut être difficile. Les hôtes offrent du soutien aux patients et aux familles dans nos cliniques et nos salles d'attente et servent de lien entre les patients, les familles et le personnel.	✓	✓	✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	Programmes de loisirs	Qui n'aime pas jouer à des jeux? Les quilles, le bingo et les jeux de cartes ne sont que quelques-unes des activités auxquelles les bénévoles des Programmes de loisirs prêtent main-forte pour rendre la journée de nos patients plus agréable.	✓	✓	✓	✓		✓
<input type="checkbox"/>	Boutique de cadeaux	Les boutiques de cadeaux sont gérées par les auxiliaires qui recueillent des fonds pour l'achat d'équipements essentiels et d'articles de confort pour les patients. Les bénévoles qui y travaillent aident les patients et les familles à trouver ce qu'il leur faut, que ce soit un cadeau pour célébrer la naissance d'un bébé ou une carte de prompt rétablissement pour ensoleiller la journée d'un malade.	✓	✓		✓		✓
<input type="checkbox"/>	Café	Les cafés sont gérés par les auxiliaires qui recueillent des fonds pour l'achat d'équipements essentiels et d'articles de confort pour les patients. Les bénévoles qui y travaillent offrent au personnel et aux visiteurs une tasse de café chaud servie avec un sourire.	✓		✓			✓
<input type="checkbox"/>	Programme de câlins	Nos patients les plus petits ont besoin d'une attention particulière. Les bénévoles du Programme de câlins fournissent des câlins supplémentaires aux bébés et du soutien aux familles.			✓	✓		
<input type="checkbox"/>	Visites amicales	Les bénévoles du Programme de visites amicales rendent visite aux patients seuls ou en provenance de l'extérieur de la région afin de leur apporter un soutien.		✓	✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	Programme Bonne nuit	Les bénévoles du Programme Bonne nuit rendent une visite amicale aux patients pour leur offrir une couverture chaude ou une collation à l'heure du coucher. Ils sont là pour jouer aux cartes avec les patients, leur lire un livre ou bavarder, mais aussi pour aider ceux qui veulent simplement avoir un coup de main à s'installer pour la nuit.	✓	✓				✓
<input type="checkbox"/>	Chariot à café du Service d'oncologie	Les bénévoles qui s'occupent du chariot à café du Service d'oncologie sont une source de réconfort pour les patients et leur famille; ils les aident à passer le temps alors qu'ils attendent leur traitement en leur offrant une tasse de café chaud, un petit moment de conversation et un sourire.				✓		
<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs	Par leur simple présence, les bénévoles en soins palliatifs créent un climat favorable aux soins et au soutien des patients en fin de vie et de leurs familles.	✓	✓	✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	Programme de zoothérapie	Les animaux de compagnie qui font partie du Programme de zoothérapie apportent joie et réconfort aux patients et au personnel. Tous les chiens et maîtres-chiens doivent faire partie d'un programme de zoothérapie reconnu.	✓	✓	✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	Services thérapeutiques	Les bénévoles des Services thérapeutiques rehaussent la qualité des services en épaulant le personnel professionnel dans la préparation du matériel et la participation aux activités.	✓		✓		✓	
<input type="checkbox"/>	Service religieux	Les bénévoles des Services religieux aident les patients en quête de paix et de réconfort à se rendre à la chapelle et à en revenir.				✓	✓	
<input type="checkbox"/>	Dal Med NB	Les bénévoles du programme Dal Med NB aident les futurs médecins à parfaire leurs compétences en communication et leurs habiletés en matière d'examen physiques non invasifs dans un environnement sûr et positif.				✓		
<input type="checkbox"/>	Soins des plantes	Les bénévoles qui sont de bons jardiniers aident à l'entretien des jardins pour le plaisir des patients.	✓			✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	Chariots de bibliothèque	Nos bénévoles offrent un service de livres par chariot pratique et gratuit aux patients et à leur famille pour les aider à passer le temps à l'hôpital.		✓		✓		✓

NOM DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT : _____

La personne susmentionnée a présenté sa candidature à un poste de bénévole au sein du Réseau de santé Horizon. Votre évaluation de cette personne est très importante. Elle sera sérieusement prise en compte dans le cadre de notre processus d'évaluation afin de veiller à la sécurité de nos patients, des membres de notre personnel et de nos bénévoles. Tous les commentaires seront tenus confidentiels.

VEUILLEZ NOTER : Lorsque vous aurez dûment rempli le présent formulaire, veuillez l'insérer dans une enveloppe, cacheter l'enveloppe, apposer votre signature sur le rabat et retourner l'enveloppe à la candidate ou au candidat. Merci de votre temps et de vos commentaires.

INFORMATION DE RECOMMANDATION

- Lien avec la candidate ou le candidat (*un membre de la famille n'est pas une recommandation adéquate*)
 Employeur Collègue de travail Enseignant(e) Entraîneur(euse) Chef spirituel Ami(e)
 Autre (veuillez préciser) _____
- Depuis combien de temps connaissez-vous la candidate ou le candidat?
 Moins d'un an 1 à 2 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

Veuillez indiquer à quel point la candidate ou le candidat présente les caractéristiques et les compétences suivantes :

3 = Excellent 2 = Bien 1 = Point à améliorer S.O. = Sans objet

Ouverture d'esprit et attitude positive		Digne de confiance	
Excellentes aptitudes pour la communication.		Bonne écoute	
Pouvoir maintenir la confidentialité des Renseignements		Bon esprit d'équipe	
Assiduité et fiabilité		Compassion envers les autres	
Ponctualité		Capacité de gérer les conflits	
Capacité de gérer les situations stressantes		Sens de l'organisation	

- Quels trois mots utiliseriez-vous pour bien décrire le caractère de la candidate ou du candidat?

- Est-ce que certains traits de caractère pourraient être améliorés?

- Devons-nous connaître d'autres détails sur la candidate ou le candidat avant d'accepter sa demande pour devenir bénévole?

- Recommandez-vous cette personne à titre de bénévole au sein du Réseau de santé Horizon? Oui Non
(Veuillez expliquer) : _____

Case réservée aux candidats souhaitant occuper un poste de conseiller ou conseillère en évaluation de l'expérience des patients (CEEP)

Savez-vous si la candidate ou le candidat (ou un membre de sa famille) a été hospitalisé au cours des trois dernières années? Oui Non

Les questions suivantes sont basées sur votre conversation avec la candidate ou le candidat.

- Croyez-vous que cette personne puisse être objective et promouvoir des changements positifs ou des solutions positives à titre de CEEP? Oui Non
- Croyez-vous que cette personne soit capable d'utiliser ses expériences personnelles de façon constructive? Oui Non
- Croyez-vous que cette personne soit capable de voir au-delà de sa propre expérience, de voir la vue d'ensemble? Oui Non
- Diriez-vous que l'expérience de la candidate ou du candidat en milieu hospitalier était : positive négative

DÉCLARATION

Je certifie par la présente que les renseignements indiqués dans ce formulaire de recommandation sont véridiques et complets. J'autorise par la présente le Service des ressources bénévoles à communiquer avec moi, au cas où il y aurait d'autres questions.

Nom : _____ Date : _____

Courriel : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____

NOM DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT : _____

La personne susmentionnée a présenté sa candidature à un poste de bénévole au sein du Réseau de santé Horizon. Votre évaluation de cette personne est très importante. Elle sera sérieusement prise en compte dans le cadre de notre processus d'évaluation afin de veiller à la sécurité de nos patients, des membres de notre personnel et de nos bénévoles. Tous les commentaires seront tenus confidentiels.

VEUILLEZ NOTER : Lorsque vous aurez dûment rempli le présent formulaire, veuillez l'insérer dans une enveloppe, cacheter l'enveloppe, apposer votre signature sur le rabat et retourner l'enveloppe à la candidate ou au candidat. Merci de votre temps et de vos commentaires.

INFORMATION DE RECOMMANDATION

- Lien avec la candidate ou le candidat (*un membre de la famille n'est pas une recommandation adéquate*)
 Employeur Collègue de travail Enseignant(e) Entraîneur(euse) Chef spirituel Ami(e)
 Autre (veuillez préciser) _____

- Depuis combien de temps connaissez-vous la candidate ou le candidat?
 Moins d'un an 1 à 2 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

Veillez indiquer à quel point la candidate ou le candidat présente les caractéristiques et les compétences suivantes :

3 = Excellent 2 = Bien 1 = Point à améliorer S.O. = Sans objet

Ouverture d'esprit et attitude positive		Digne de confiance	
Excellentes aptitudes pour la communication.		Bonne écoute	
Pouvoir maintenir la confidentialité des Renseignements		Bon esprit d'équipe	
Assiduité et fiabilité		Compassion envers les autres	
Ponctualité		Capacité de gérer les conflits	
Capacité de gérer les situations stressantes		Sens de l'organisation	

5. Quels trois mots utiliseriez-vous pour bien décrire le caractère de la candidate ou du candidat?

6. Est-ce que certains traits de caractère pourraient être améliorés?

7. Devons-nous connaître d'autres détails sur la candidate ou le candidat avant d'accepter sa demande pour devenir bénévole?

8. Recommandez-vous cette personne à titre de bénévole au sein du Réseau de santé Horizon? Oui Non
 (Veuillez expliquer) : _____

Case réservée aux candidats souhaitant occuper un poste de conseiller ou conseillère en évaluation de l'expérience des patients (CEEP)

Savez-vous si la candidate ou le candidat (ou un membre de sa famille) a été hospitalisé au cours des trois dernières années? Oui Non

Les questions suivantes sont basées sur votre conversation avec la candidate ou le candidat.

1. Croyez-vous que cette personne puisse être objective et promouvoir des changements positifs ou des solutions positives à titre de CEEP? Oui Non
2. Croyez-vous que cette personne soit capable d'utiliser ses expériences personnelles de façon constructive? Oui Non
3. Croyez-vous que cette personne soit capable de voir au-delà de sa propre expérience, de voir la vue d'ensemble? Oui Non
4. Diriez-vous que l'expérience de la candidate ou du candidat en milieu hospitalier était : positive négative

DÉCLARATION

Je certifie par la présente que les renseignements indiqués dans ce formulaire de recommandation sont véridiques et complets. J'autorise par la présente le Service des ressources bénévoles à communiquer avec moi, au cas où il y aurait d'autres questions.

Nom : _____ Date : _____

Courriel : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____