



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI BÉNÉVOLE VOLUNTEER APPLICATION FORM

Hôpital Royal Victoria, Site Glen
Royal Victoria Hospital, Glen Site
1001 boul. Decarie, suite B02.9433
Montréal, Québec H4A 3J1

Hôpital neurologique de Montréal
Montreal Neurological Hospital
687, avenue des Pins Ouest, suite E3.10
Montréal, Québec H3A 1A1

PHOTO

Tél: 514-934-1934, poste/ext. 34300, Télécopieur/Fax: 514-843-1464

Date: _____

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE / PLEASE PRINT

Nom / Surname _____ Prénom / First Name _____

Adresse / Address _____ App. / Apt. _____

Ville / City _____ Prov. _____ Code postal Code _____

Tél. maison / Tel. home: _____ Cell : _____

Date de Naissance/Date of Birth _____ courriel/e-mail _____
aa / yy mm jj / dd

Formation académique / Educational Background

Expérience de travail / Work experience

Avez-vous déjà travaillé dans un hôpital du CUSM? Si oui, lequel?

Were you ever employed in a MUHC hospital? If so, which one? _____

Langues parlées Languages Spoken Français French Anglais English Autres Others _____

Avez-vous déjà fait du bénévolat? Oui Yes Non No

Do you have any volunteer experience?

Si oui, s.v.p. indiquer l'endroit: / If so, please indicate where:

Passe-temps, intérêts spéciaux: / Hobbies, skills, special interests:

Indiquez les jours et les heures disponibles / Indicate the days and hours available.

Lun. / Mon. Mar. / Tues. Mer. / Wed. Jeu. / Thurs. Ven. / Fri. Sam. / Sat. Dim. / Sun.

Matin / Morning Après-midi / Afternoon Soir / Evening

Avez-vous des problèmes de santé pouvant restreindre votre travail de bénévolat?

Do you have any health problems which would limit your volunteer assignment?

En cas de maladie en service, prendre contact avec / In the case of illness on duty, contact:

Nom / Name _____ Tél./Tel. _____

Nom de la personne qui m'a adressé(e) à vous (s'il y a lieu) :
Name of person who referred me: (if any) _____

Indiquez les noms, adresses et numéros de téléphone de deux personnes qui peuvent nous fournir des références:
Provide the names, addresses and telephone numbers of two people who would provide a character reference:

1. _____ Tél. / Tel. _____

2. _____ Tél. / Tel. _____

**J'autorise l'hôpital à communiquer avec les personnes mentionnées ci-dessus.
I authorize the hospital to contact the persons listed above.**

Au cours de mes fonctions à titre de bénévole, ou en tout temps, je m'engage à ne pas divulguer de renseignements confidentiels au sujet des patients. Je conviens, par la présente, de me conformer aux règlements du Centre universitaire de santé McGill.

During the course of my volunteer assignment, or at anytime, I pledge to not divulge any confidential information concerning patients. I hereby agree to conform to the rules and regulations of the McGill University Health Centre.

SIGNATURE _____

DATE _____

N.B. Afin d'être éligible à faire du bénévolat au Centre universitaire de santé McGill, une personne doit avoir atteint l'âge de 16 ans.
In order to volunteer at the McGill University Health Centre one must have reached 16 years of age.

L'autorisation d'un parent ou d'un tuteur est requise si la personne qui pose sa candidature est âgée de **moins de 18 ans**.

For prospective volunteers **under 18 years** of age, parental or guardian consent is required.

SIGNATURE _____

parent/tuteur – parent/guardian

DATE _____

À L'USAGE DU SERVICE / DEPARTMENT USE ONLY

Commentaires / Comments

Placement bénévole
Volunteer Placement _____

Jour
Day _____

Inscription à l'orientation générale/
Registration for general orientation _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES BÉNÉVOLES - REFERENCE FORM FOR VOLUNTEERS – RÉFÉRENCE #1 / REFERENCE #1

Directives pour le candidat bénévole - Instructions to the volunteer applicant:

Compléter la section 1 du formulaire et faire parvenir la section 2 à la personne choisie pour compléter la demande de référence. Une fois complété, le formulaire de demandes de références doit être attaché à l'application et être posté ou déposés à notre bureau (salle B02.9433) à l'hôpital. *Le répondant ne doit pas être un ami ou un membre de la famille.

*Please fill out section 1 of this form and send it to a referee to complete section 2. Completed reference forms should be attached to the application and mailed or dropped off at our office in room (B02.9433) of the hospital. * Please note that a referee must be someone other than a friend or family member.*

Partie 1 : Remplie par le bénévole - Section 1: To be completed by volunteer

Nom du bénévole (prénom et nom) *Volunteer's Name (first & last):* _____

Signature du bénévole- *Volunteer signature :* _____

RÉPONDANT / TO THE REFEREE

Partie 2: Remplie par le répondant - Section 2: To be completed by the referee

Nom du répondant: *Referee name:* _____

Relation avec le bénévole : *Relationship to volunteer:* _____

Téléphone : _____ Courriel : *Email:* _____

- Depuis quand connaissez-vous le candidat ? *How long have you known the applicant? (e.g. six mois / six months):*
- En tant que / *In the capacity of (e.g. Superviseur / Supervisor):*

Directives au répondant - Instruction to the referee:

Votre nom a été transmis par la personne indiquée ci-dessous à titre de référence personnelle. Ce bénévole prospectif aimerait assumer une fonction de bénévolat auprès de patients, de familles ou d'employés de L'Hôpital Royal Victoria ou L'Hôpital Neurologique de Montréal. L'information transmise sur ce formulaire est confidentielle et ne sera pas utilisée à d'autres fins que l'évaluation des compétences et de l'admissibilité du bénévole à occuper un rôle au sein de notre établissement.

Your name has been provided as a personal reference by the individual indicated below. This prospective volunteer would like to take on a volunteering role working with patients, families and/or employees at the Royal Victoria Hospital or Montreal Neurological Hospital. The information on this form is confidential and will not be used for any other purpose than assessing the volunteer's abilities and suitability for a role within our institution.

Sur une échelle de 1 à 5 (1=faible, 5=élevé), comment évalueriez-vous la fiabilité de cette personne (c'est-à-dire ponctualité, honnêteté, souci du travail bien fait) ? *On a scale 1-5 (1=low 5=high) how reliable would you consider this person? (I.e. punctuality, trustworthy, dependable).*

	1	2	3	4	5
Force de caractère- Strength of character	<input type="checkbox"/>				
Entregent- People skills	<input type="checkbox"/>				
Capacité de travailler de manière autonome- Ability to work independently	<input type="checkbox"/>				
Flexibilité,Coopération- Flexibility, cooperation	<input type="checkbox"/>				
Discretion – Discretion	<input type="checkbox"/>				

1. Avez-vous des inquiétudes à l'idée que le candidat travaille avec des en patients vulnérables ? *Do you have any concerns with the applicant working with patients?*

2. Dans quels secteurs pensez-vous que le candidat a besoin de s'améliorer? Le candidat en est-il conscient? *In what areas do you feel the candidate needs improvement? Is the candidate aware of these issues?*

3. Lui confieriez-vous avec des patients? *Would you entrust patients in his or her care?*

5. Les commentaires supplémentaires sont les bienvenus : *Additional comments are welcome:*

Signature du répondant : *Referee Signature* _____ **Date :** _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES BÉNÉVOLES - REFERENCE FORM FOR VOLUNTEERS
 RÉFÉRENCE #2 / REFERENCE #2

Directives pour le candidat bénévole - Instructions to the volunteer applicant:

Compléter la section 1 du formulaire et faire parvenir la section 2 à la personne choisie pour compléter la demande de référence. Une fois complété, le formulaire de demandes de références doit être attaché à l'application et être posté ou déposé à notre bureau (salle B02.9433) à l'hôpital. *Le répondant ne doit pas être un ami ou un membre de la famille.
 Please fill out section 1 of this form and send it to a referee to complete section 2. Completed reference forms should be attached to the application and mailed or dropped off at our office in room (B02.9433) of the hospital. * Please note that a referee must be someone other than a friend or family member.

Partie 1 : Remplie par le bénévole - Section 1: To be completed by volunteer

Nom du bénévole (prénom et nom) Volunteer's Name (first & last): _____

Signature du bénévole- Volunteer signature : _____

RÉPONDANT / TO THE REFEREE

Partie 2: Remplie par le répondant - Section 2: To be completed by the referee

Nom du répondant: Referee name: _____

Relation avec le bénévole : Relationship to volunteer: _____

Téléphone : _____ Courriel : Email: _____

- Depuis quand connaissez-vous le candidat ? How long have you known the applicant? (e.g. six mois / six months):
- En tant que / In the capacity of (e.g. Superviseur / Supervisor):

Directives au répondant - Instruction to the referee:

Votre nom a été transmis par la personne indiquée ci-dessous à titre de référence personnelle. Ce bénévole prospectif aimerait assumer une fonction de bénévolat auprès de patients, de familles ou d'employés de L'Hôpital Royal Victoria ou L'Hôpital Neurologique de Montréal. L'information transmise sur ce formulaire est confidentielle et ne sera pas utilisée à d'autres fins que l'évaluation des compétences et de l'admissibilité du bénévole à occuper un rôle au sein de notre établissement.

Your name has been provided as a personal reference by the individual indicated below. This prospective volunteer would like to take on a volunteering role working with patients, families and/or employees at the Royal Victoria Hospital or Montreal Neurological Hospital. The information on this form is confidential and will not be used for any other purpose than assessing the volunteer's abilities and suitability for a role within our institution.

Sur une échelle de 1 à 5 (1=faible, 5=élevé), comment évalueriez-vous la fiabilité de cette personne (c'est-à-dire ponctualité, honnêteté, souci du travail bien fait) ? On a scale 1-5 (1=low 5=high) how reliable would you consider this person? (I.e. punctuality, trustworthy, dependable).

	1	2	3	4	5
Force de caractère- Strength of character	<input type="checkbox"/>				
Entregent- People skills	<input type="checkbox"/>				
Capacité de travailler de manière autonome- Ability to work independently	<input type="checkbox"/>				
Flexibilité,Coopération- Flexibility, cooperation	<input type="checkbox"/>				
Discrétion – Discretion	<input type="checkbox"/>				

1. Avez-vous des inquiétudes à l'idée que le candidat travaille avec des en patients vulnérables ? *Do you have any concerns with the applicant working with patients?*

2. Dans quels secteurs pensez-vous que le candidat a besoin de s'améliorer? Le candidat en est-il conscient? *In what areas do you feel the candidate needs improvement? Is the candidate aware of these issues?*

3. Lui confieriez-vous avec des patients? *Would you entrust patients in his or her care?*

5. Les commentaires supplémentaires sont les bienvenus : *Additional comments are welcome:*

Signature du répondant : *Referee Signature* _____ **Date :** _____