



**Formulaire de demande pour devenir bénévole**  
Volunteer Application Form

<b>Hôpital Royal Victoria, Site Glen</b> Royal Victoria Hospital, Glen Site	<b>Hôpital neurologique de Montréal</b> Montreal Neurological Hospital
<b>Hôpital général de Montréal</b> Montreal General Hospital	<b>Hôpital de Lachine</b> Lachine Hospital

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE PLEASE PRINT

<b>Intérêts</b> Interest  (Musique, accueil, cliniques, etc. Music, Wayfinding, Clinics, etc.)	<b>Date</b>  AAAA-MM-JJ YYYY-MM-DD
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

<b>Nom</b> Surname	<b>Prénom</b> First Name	
<b>Adresse</b> Address		<b>App.</b> Apt.
<b>Ville</b> City	<b>Province</b>	<b>Code postal</b> Postal Code
<b>Tél. maison</b> Tel. Home	<b>Cell</b>	
<b>Courriel</b> email	<b>Date de naissance</b> Date of Birth  AAAA-MM-JJ YYYY-MM-DD	

**Avez-vous déjà travaillé dans un hôpital du CUSM? Si oui, lequel?**  
Were you ever employed in a MUHC hospital? If so, which one?

<b>Langues parlées</b> Languages Spoken	<input type="checkbox"/>	<b>Français</b> French	<input type="checkbox"/>	<b>Anglais</b> English	<b>Autres</b> Others
--------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------------

**Passe-temps, habiletés, intérêts**  
Hobbies, skills, special interests

**Avez-vous des problèmes de santé pouvant restreindre votre bénévolat?**  
Do you have any health problems which would limit your volunteer assignment?

**Personne à appeler si vous avez un malaise pendant vos fonctions** In the case of illness on duty, contact

<b>Nom</b> Name	<b>Tél.</b> Tel.
-----------------	------------------

**N.B. Afin de pouvoir faire du bénévolat au Centre universitaire de santé McGill, vous devez avoir au moins 16 ans.** L'âge peut varier à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital de Lachine. L'autorisation d'un parent ou d'un tuteur est requise si vous avez moins de 18 ans.

**In order to volunteer at the McGill University Health Centre one must have reached 16 years of age.** Age may vary at the Montreal General Hospital and the Lachine hospital. For prospective volunteers under 18 years of age, parental or guardian consent is required.

<b>SIGNATURE</b> Parent ou tuteur Parent or guardian	<b>Date</b>  AAAA-MM-JJ YYYY-MM-DD
------------------------------------------------------	------------------------------------------

<b>À L'USAGE DU SERVICE</b> DEPARTMENT USE ONLY	
<b>Commentaires</b> Comments	
<b>Fonction bénévole</b> Volunteer Placement	<b>Jour</b> Day
<b>Inscription à la session d'orientation générale</b> Registration for General Orientation	



### *Engagement de confidentialité en tant que bénévole.*

En tant que bénévoles œuvrant au sein du système de santé, nous avons tous la responsabilité morale de protéger la confidentialité. Chaque patient qui se présente à l'hôpital devrait se sentir à l'aise, sachant que sa dignité et sa vie privée seront respectées. Les individus, de même que les établissements, peuvent être tenus légalement responsables de toute atteinte portée à la confidentialité d'un patient et peuvent être poursuivis en justice.

### *La loi stipule que :*

**Sont confidentiels les dossiers médicaux des bénéficiaires dans un établissement. Nul ne peut en donner ou recevoir communication écrite ou verbale ou y avoir autrement accès, même aux fins d'une enquête, si ce n'est avec le consentement exprès ou implicite du bénéficiaire**

La confidentialité s'applique aussi à toute information obtenue par le personnel de l'hôpital dans le cadre de ses fonctions, que ce soit sous forme écrite, verbale ou autre, qu'elle soit importante ou non.

### *Exemples d'interdits :*

- Consulter ou lire le contenu des dossiers, les résultats de radiographies, ou les rapports de laboratoire livrés au bureau d'un médecin;
- Laisser sur un bureau ou dans les corridors des résultats d'examen ou des dossiers qui vous ont été confiés;
- Mentionner le nom de personnes que vous avez aperçues à l'hôpital pour des traitements.

Les bénévoles sont responsables d'assurer la confidentialité de toute information privée ou privilégiée à laquelle ils sont exposés dans l'exercice de leurs fonctions, que l'information concerne un membre du personnel, un bénévole, un patient ou toute autre personne. La même consigne s'applique lorsqu'il s'agit des affaires de l'hôpital.

Les bénévoles doivent aviser immédiatement leurs supérieurs ainsi que la directrice du service des bénévoles de toute situation susceptible de mettre en péril la confidentialité l'information des patients, des membres du personnel et de notre organisation.

Le non-respect de la confidentialité constitue un sérieux manquement à notre code d'éthique et peut entraîner la résiliation de votre relation de bénévole au Centre universitaires de santé McGill.

Je, \_\_\_\_\_, comprends que si je ne préserve pas la confidentialité de l'information ou que je ne prends pas des mesures raisonnables afin d'éviter la divulgation de l'information, je m'exposerai à des mesures pouvant aller jusqu'à la résiliation de ma relation de bénévole avec le Centre universitaire de santé McGill, selon la gravité de l'infraction.

J'atteste avoir lu le présent document et en avoir compris le sens et les conséquences qui en découlent.

Signature benevolent / Volunteer signature \_\_\_\_\_

Témoin/Witness / Signature \_\_\_\_\_

### *Confidentiality Agreement as a volunteer.*

Within the health care system, we all have a moral responsibility to protect the confidentiality. Each patient entering the hospital should feel at ease knowing that his dignity and privacy will be respected. Individuals and institutions can be held legally responsible for any breaches of a patient's confidentiality and can be sued.

### *The law stipulates as follows:*

**The medical records of the beneficiaries in an institution shall be confidential. No person shall give or take verbal or written communication of them or otherwise have access to them, even for an inquiry, except with the express or implied consent of the beneficiary.**

Confidentiality extends to everything hospital personnel learn in the exercise of their duties whether it is written, verbal or other form. It includes important and "unimportant" information.

### *Examples of "Don'ts":*

- Consult and /or read charts, x-rays, or lab reports being delivered to a physician's office;
- Leave test results, charts, etc., placed in your custody laying about on a desktop or in corridors.
- Mention who you have seen coming to the hospital for a treatment.

Volunteers are responsible for maintaining the confidentiality of all proprietary or privileged information to which they are exposed while serving as a volunteer whether this information involves a single member of staff, volunteer, patient, or other person or involves the overall business of the hospital.

Volunteers must immediately notify their supervisor and the Director of Volunteer Services of any situation that may jeopardize the confidentiality of our patients, staff, and organization.

Failure to maintain confidentiality is a serious breach of our Code of Ethics and may result in termination of your relationship as a volunteer at the McGill University Health Centre.

I, \_\_\_\_\_,  
Understand that if I violate the confidentiality of information or if I fail to take reasonable measures to avoid the disclosure of confidential information, I shall be liable to action up to and including termination of my volunteer assignment, depending on the seriousness of the violation.

I certify that I have read this document and that I have understood the meaning and consequences thereof.

Date \_\_\_\_\_



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES BÉNÉVOLES - REFERENCE FORM FOR VOLUNTEERS –  
RÉFÉRENCE N° 1 / REFERENCE N° 1**

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

Remplir la section 1 du formulaire et faire parvenir la section 2 au répondant pour qu'il remplisse la section 2. Le formulaire de références doit être joint à la demande et posté ou envoyé par courriel à l'hôpital de votre choix. \*Le répondant ne doit pas être un ami ou un parent du candidat.

*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 emailed to the hospital you wish to apply to. \*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 de famille du bénévole et prénom (s) / Volunteer's family name and first name (s): \_\_\_\_\_

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 / Phone : \_\_\_\_\_ Courriel / Email : \_\_\_\_\_

- Depuis quand connaissez-vous le candidat ? How long have you known the applicant? (ex. six mois / e.g. six months):  
\_\_\_\_\_

- À titre de / In the capacity of (ex. Superviseur / e.g. Supervisor):  
\_\_\_\_\_

**Directives au répondant -Instruction to the referee :**

La personne indiquée ci-dessous a donné votre nom en référence. Cette personne aimerait devenir bénévole auprès de patients, de familles ou d'employés du CUSM. 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 de cette personne 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 MUHC. 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 (ponctualité, honnêteté, fiabilité) ? *On a scale 1-5 (1=low 5=high) how reliable would you consider this person? (punctuality, trustworthy, dependable).*

	1	2	3	4	5
<u>Ponctualité-Punctuality</u>	<input type="checkbox"/>				
<u>Honnêteté-Trustworthy</u>	<input type="checkbox"/>				
<u>Fiabilité- Dependable</u>	<input type="checkbox"/>				

1. Avez-vous des inquiétudes à l'idée que le candidat travaille avec des patients ? *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 des patients? *Would you entrust patients in his or her care?*

---

---

4. Vos commentaires sont les bienvenus / *Additional comments are welcome:*

---

---

Signature du répondant / *Referee Signature* \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES BÉNÉVOLES - REFERENCE FORM FOR VOLUNTEERS –  
RÉFÉRENCE N° 2 / REFERENCE N° 2**

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

Remplir la section 1 du formulaire et faire parvenir la section 2 au répondant pour qu'il remplisse la section 2. Le formulaire références doit être joint à la demande et posté ou envoyé par courriel à l'hôpital de votre choix. \*Le répondant ne doit pas être un ami ou un parent du candidat.

*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 emailed to the hospital you wish to apply to. \*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 de famille du bénévole et prénom (s) (*Volunteer's family name and first name (s)*): \_\_\_\_\_

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 / *Phone* : \_\_\_\_\_ Courriel / *Email* : \_\_\_\_\_

- Depuis quand connaissez-vous le candidat ? *How long have you known the applicant?* (ex. six mois / e.g. six months):  
\_\_\_\_\_

- À titre de / *In the capacity of* (ex. Superviseur / e.g. Supervisor):  
\_\_\_\_\_

**Directives au répondant -Instruction to the referee :**

La personne indiquée ci-dessous a donné votre nom en référence. Cette personne aimerait devenir bénévole auprès de patients, de familles ou d'employés du CUSM. 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 de cette personne 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 MUHC. 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 ( ponctualité, honnêteté, fiabilité ) ? *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
<b>Ponctualité - Punctuality</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Honnêteté - Trustworthy</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Fiabilité - Dependable</b>	<input type="checkbox"/>				

1. Avez-vous des inquiétudes à l'idée que le candidat travaille avec des patients ? *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 des patients? *Would you entrust patients in his or her care?*

---

---

4. Vos commentaires sont les bienvenus / *Additional comments are welcome:*

---

---

Signature du répondant / *Referee Signature* \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_