

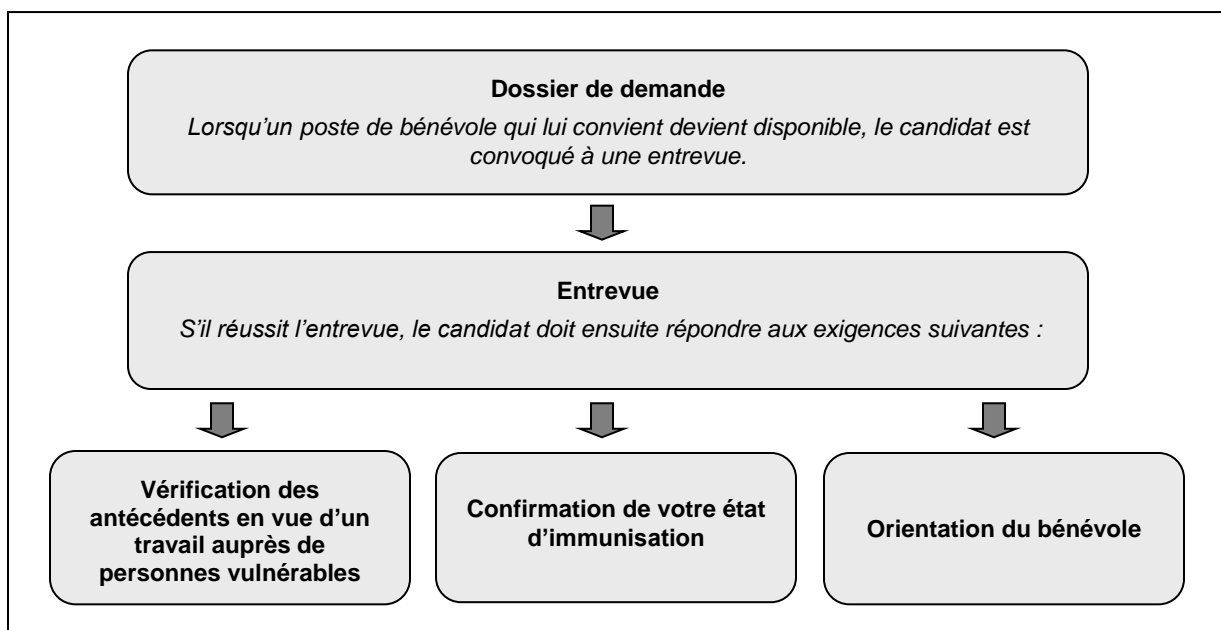
DEVENIR BÉNÉVOLE

Nous vous remercions de l'intérêt que vous manifestez à l'égard du programme de bénévolat! Au Centre régional de santé de North Bay, les bénévoles sont des membres estimés de notre équipe.

Le processus pour devenir bénévole exige beaucoup de temps et de ressources de votre part et de la part de l'organisme. Pour cette raison, nous demandons à tous les bénévoles de prendre un engagement à long terme et de maintenir un horaire régulier. **Nous vous demandons de bien réfléchir à l'engagement que cela représente.**

Les bénévoles sont choisis en fonction des besoins de l'organisme et les secteurs qui leur sont assignés dépendent de leurs intérêts, de leurs compétences, de leurs disponibilités et de leurs aptitudes à accomplir les fonctions requises. Étant donné la nature du travail dans notre organisme, les possibilités de faire du bénévolat en soirée et les fins de semaine sont limitées.

L'offre d'un placement bénévole au CRSNB est conditionnelle à la réussite du processus d'admission du Service de bénévolat. Le diagramme ci-dessous résume les étapes nécessaires pour devenir bénévole. Le processus peut prendre quelques semaines.



Veuillez soumettre votre dossier de demande au Service de bénévolat. Si vous êtes un jeune (âgé de 16 à 29 ans) intéressé à postuler à notre programme d'été, veuillez **prendre note des dates limites de candidature sur notre site Web.**

Nous tentons d'accepter autant de candidats que possible; cependant, étant donné le nombre de demandes que nous recevons, nous ne sommes pas en mesure d'assurer un placement à tous ceux qui en font la demande. Nous communiquerons seulement avec les candidats qui seront convoqués à une entrevue.

Service de bénévolat

Centre régional de santé de North Bay

50, promenade College, C.P. 2500 North Bay (Ontario) P1B 5A4

Courriel : volengdept@nrhc.on.ca | Téléphone : 705 474-8600, poste 3131 | Télécopieur : 705 495-7980

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRAVAIL BÉNÉVOLE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les questions marquées d'un (*) dans cette trousse de demande de bénévolat sont facultatives à remplir.

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Nom : | | | |
| Adresse : | | Ville : | Code postal : |
| Le numéro de téléphone auquel vous joindre : | | | |
| Courriel : | | | Genre* : |
| Tous les bénévoles doivent avoir au moins 16 ans. Pour occuper certains postes, ils doivent avoir au moins 18 ans. Avez-vous 16 ans ou plus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Date de naissance* : | | Langues parlées* : | |
| Pourquoi voulez-vous faire du bénévolat au CRSNB? | | | |
| Dans quel secteur aimeriez-vous faire du bénévolat? <input type="checkbox"/> Soutien clinique <input type="checkbox"/> Visites des unités de soins <input type="checkbox"/> Information et aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Collectes de fonds (Boutique ou billets du Nevada) <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | |
| Avez-vous une autre affiliation avec le CRSNB? | | | |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Membre du conseil | <input type="checkbox"/> Patient } <input type="checkbox"/> patient actuel |
| <input type="checkbox"/> Stagiaire | <input type="checkbox"/> Entrepreneur | d'administration | <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> ancien patient |
| Si vous avez été un patient au CRSNB au cours des deux dernières années, seriez-vous prêt à fournir vos commentaires en vue d'appuyer les projets d'amélioration de la qualité? | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s.o. |
| Aimeriez-vous recevoir de l'information de la Fondation CRSNB? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

COORDONNÉES EN CAS D'URGENCE

| | | | |
|---------------|--|---------------|--|
| Nom : | | Lien : | |
| Téléphone 1 : | | Téléphone 2 : | |

ÉDUCATION

| | | |
|--|--|--|
| Le plus haut niveau de scolarité : | | <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> En cours |
| Nom de l'école ou de l'établissement : | | |
| Domaine d'étude : | | |

EXPÉRIENCE

| | |
|--------------------------------------|--|
| Expérience de travail : | |
| Intérêts, compétences et formation : | |
| Expérience comme bénévole : | |

DISPONIBILITÉ ET ENGAGEMENT

J'aimerais faire du bénévolat à : North Bay Sudbury

Sélectionnez le type d'engagement :

- Adulte : Au moins 80 heures de services pendant au moins 7 mois (environ 4 quarts de travail par mois).
- Jeunes (16 à 29) : Veuillez en choisir un
 - Option 1 : Au moins 80 heures de services pendant au moins 7 mois (environ 4 quarts de travail par mois).
 - Option 2 : Au moins deux mois (plus de 50 heures) de service bénévole continu pendant l'été.

Je peux faire du bénévolat :

| Période et jour | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|-----------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| Avant-midi | | | | | | | |
| Après-midi | | | | | | | |
| Soirée | | | | | | | |

ENTENTE DE BÉNÉVOLAT

- Je comprends que le Service de bénévolat a le droit d'accepter ou de refuser les demandes de bénévolat et qu'il communiquera seulement avec les personnes qui seront convoquées à une entrevue.
- Je respecterai les politiques, les procédures et les lignes directrices du Service de bénévolat.
- Je comprends que je dois porter un insigne de bénévole pendant mon bénévolat et que je dois le retourner lorsque j'ai terminé mon bénévolat.
- Je comprends que les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont collectés conformément aux politiques de gestion des dossiers du CRSNB et seront utilisés pour maintenir des dossiers de bénévolat, effectuer des placements de bénévoles et compiler des listes de diffusion.
- Je comprends que le Service de bénévolat prendra toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que mes renseignements personnels sont traités de manière confidentielle et ne sont utilisés que pour les fins pour lesquelles ils ont été collectés. Je comprends qu'il se pourrait que le Service de bénévolat doive partager mes coordonnées avec d'autres membres du personnel du CRSNB pour faciliter mon placement en tant que bénévole.
- Je consens à ce que ma photo soit prise à des fins d'identification et de diffusion dans les médias.
- Je consens à recevoir des communications (en format papier ou électronique) du Service de bénévolat.
- Je comprends que l'utilisation de mon téléphone cellulaire à des fins personnelles devrait être limitée pendant le bénévolat.
- Je comprends que mes heures de bénévolat pourront seulement être confirmées après 50 heures de bénévolat.
- Je comprends que le Service de bénévolat a le droit de renvoyer un bénévole si, à son avis, la prolongation du bénévolat pouvait nuire à l'organisme.
- Je comprends que des absences ou des retards répétés peuvent mener à un renvoi.
- Je comprends que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma demande de bénévolat ou mener à mon renvoi.

Signature du candidat : _____

Date : _____

Le CRSNB s'engage à promouvoir une culture de réconciliation avec les peuples autochtones, d'équité, de diversité et d'inclusion (I-EDI). Nous nous efforcerons d'offrir un processus de recrutement et un environnement de travail inclusifs, sans obstacles, reflétant les diverses communautés que nous desservons. Nous accueillons favorablement et encourageons les candidatures de tous les candidats qualifiés. Si vous avez besoin de mesures d'adaptation, veuillez nous en informer et nous travaillerons avec vous pour répondre à vos besoins en matière d'accessibilité.

CONSENTEMENT DES PARENTS (Pour les candidats de moins de 18 ans)

Je donne la permission à _____ (nom du candidat) de faire du bénévolat au Centre régional de santé de North Bay. J'ai pris connaissance du dossier de demande et je comprends que le bénévolat exige un engagement de la part de mon enfant ou de la personne à ma charge, y compris une présence régulière, un comportement approprié et le respect des politiques et procédures de l'organisme.

Avant de commencer le service, je comprends que tous les candidats doivent suivre un processus d'évaluation de la santé avec le service de santé au travail du CRSNB. Cela inclut un test de dépistage de la tuberculose et la soumission de preuves de certaines immunisations (ou d'analyses de sang). Je comprends et j'accepte également que si mon enfant ou la personne à ma charge a besoin de vaccins pour être volontaire, ceux-ci seront obtenus auprès de notre médecin de famille, de notre clinique ou de notre bureau de santé.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____

Entente de confidentialité

Nom: _____

Affiliation avec le Centre régional de santé de North Bay (CRSNB): _____ Bénévole

1. Dans le cadre de mon affiliation avec le CRSNB, je pourrais avoir accès à des renseignements et à des dossiers (électroniques ou papier) de nature privée et confidentielle au sujet des patients, du personnel médical, des employés ou d'autres personnes. Je respecterai, en tout temps, le caractère confidentiel des renseignements auxquels je pourrais avoir accès ainsi que la vie privée des patients, des employés et de toutes les personnes associées à l'hôpital avec qui je pourrais avoir des contacts pendant mon affiliation avec le CRSNB.
2. Je traiterai tous les dossiers administratifs et financiers ainsi que les dossiers des patients et des employés du CRSNB, entre autres, comme des renseignements confidentiels et je les protégerai afin d'en assurer la pleine confidentialité. Je ne lirai aucun dossier, ne discuterai des renseignements au sujet du CRSNB contenus dans ces dossiers et ne divulguerai ou ne communiquerai à quiconque de tels renseignements, à moins d'avoir une raison légitime de le faire liée à mon affiliation avec le CRSNB. Cette obligation s'applique aussi aux renseignements sur les patients d'autres établissements auxquels je pourrais avoir accès dans le cadre de mes fonctions ordinaires, mais pas aux renseignements publics.
3. Je m'assurerai que les renseignements confidentiels ne sont pas consultés, utilisés ou communiqués, que ce soit directement par mon entremise ou en vertu de ma signature ou de l'utilisation de mon code d'accès aux lieux ou aux systèmes protégés.
4. Je comprends que l'utilisation de codes d'accès comporte des responsabilités légales et que je suis responsable de tout le travail effectué au moyen de ces codes. Si j'ai lieu de croire que mes codes ou dispositifs d'accès ont été compromis or volés, j'en aviserai immédiatement le service pertinent (p. ex. SI, Sécurité).
5. Les violations à la présente politique comprennent, entre autres:
 - l'accès à des renseignements dont je n'ai pas besoin pour faire mon travail;
 - l'utilisation abusive, la divulgation sans autorisation ou la modification de renseignements sur les patients ou le personnel;
 - la divulgation à quelqu'un d'autre de mon nom d'utilisateur ou de mon mot de passe pour accéder à des dossiers électroniques;
 - la divulgation de codes d'accès informatique (p.ex. codes pour les portes) qui doivent demeurer confidentiels et être protégés;
 - le fait de ne pas protéger mes dispositifs d'accès (p.ex. clés, insignes) ou le caractère confidentiel de tout renseignement auquel j'ai accès.
6. Il est entendu que le CRSNB effectuera des vérifications périodiques afin d'assurer la conformité à la présente entente et à sa politique visant la protection de la vie privée.
7. Je comprends les conditions décrites dans la présente entente ainsi que celles qui sont énoncées dans la politique de l'hôpital concernant la protection de la vie privée et j'accepte de m'y conformer, et ce, même si mon affiliation avec le CRSNB prend fin.
8. Il est également entendu que si je viole une de ces conditions, je serai soumis à des mesures correctives pouvant comprendre la perte de privilèges, la cessation d'un contrat ou une amende pouvant aller jusqu'à 50 000 \$, conformément aux lois actuelles en matière de protection de la vie privée.

J'ai lu et je comprends les renseignements contenus dans la politique de l'hôpital concernant la protection de la vie privée.

Nom de bénévole (en lettres moulées)

Signature des bénévoles

Date

Nom du témoin (en lettres moulées)

Signature du témoin

Date

Entente relative au respect en milieu de travail

Le Centre régional de santé de North Bay (CRSNB) s'emploie à fournir des soins de qualité empreints de compassion et centrés sur le patient à chaque personne qui bénéficie de ses services. Le CRSNB est déterminé à promouvoir une culture de respect mutuel et un milieu de travail équitable et exempt de toutes formes d'intimidation, de discrimination, de harcèlement ou de violence. Le CRSNB est résolu à offrir un milieu sain où toutes les personnes se sentent en sécurité et valorisées. La présente entente a pour objectif de décrire les normes de respect en milieu de travail, conformément au *Code des droits de la personne de l'Ontario* et aux pratiques et politiques du CRSNB. La procédure précise les droits et responsabilités de la communauté du CRSNB et fournit des directives pour faire face aux comportements inappropriés ainsi que les services de soutien, la formation et la sensibilisation nécessaires, en plus des mesures permettant de régler les plaintes et d'encourager la déclaration des incidents.

La communauté du CRSNB (qui englobe les membres du conseil d'administration, le personnel, les médecins, les bénévoles, les stagiaires, les entrepreneurs, les patients et les visiteurs) est tenue de favoriser un milieu positif et favorable en maintenant des rapports respectueux, honnêtes, solidaires et intègres en conformité avec la mission, la vision et les valeurs du CRSNB, et ce, dans tous ses établissements ou chaque fois qu'il est représenté. Chaque personne a la responsabilité d'agir en tout temps de manière appropriée, professionnelle et courtoise envers les autres. Chaque personne a la responsabilité d'aviser l'autre partie lorsqu'elle estime que son comportement est devenu importun ou qu'il est perçu comme une violation de cet énoncé de politique. Chacun et chacune est personnellement responsable de contribuer concrètement à l'amélioration des relations en milieu de travail lorsqu'on contrevient à la politique ou que les démarches visant à régler un conflit sont rompues.

Tous les employés, médecins, membres du conseil d'administration, bénévoles, stagiaires et entrepreneurs prendront connaissance des dispositions de l'énoncé de politique sur le respect en milieu de travail au moment de leur embauche. Les employés devront réaffirmer avoir compris l'énoncé de politique sur le respect en milieu de travail à chaque examen du rendement et du perfectionnement réalisé.

Le CRSNB fera enquête sur toutes les plaintes ou déclarations d'incidents et les traitera afin de prendre les mesures correctives qui s'imposent tout en maintenant la confidentialité au cours du processus ou selon les exigences de la loi. Le CRSNB n'autorisera aucune forme de représailles contre les personnes qui signalent un incident de bonne foi.

Le CRSNB ne tolérera aucun comportement irrespectueux ni aucune violation des politiques relative au respect, au harcèlement ou à la violence en milieu de travail.

En ma qualité de membre de la communauté du Centre régional de santé de North Bay, je me conduirai conformément aux comportements fondés sur les valeurs du CRSNB, aux conventions collectives et conditions d'emploi, politiques du CRSNB, aux lois, aux règlements des ordres et collèges professionnels, ainsi que dans le respect des limites cliniques ou autres limites appropriées, tout en maintenant une attitude professionnelle dans mes interactions avec la communauté du CRSNB.

J'ai lu et compris l'énoncé de politique du Centre régional de santé de North Bay qui porte sur le respect en milieu de travail ainsi que les politiques et programmes connexes et je m'engage à favoriser et à maintenir un milieu de travail exempt de comportements irrespectueux, d'intimidation, de harcèlement et de violence. Je comprends que si j'ai des questions concernant ces politiques et programmes, je peux m'adresser à mon supérieur immédiat ou son délégué, parler à un représentant des ressources humaines ou des services de santé, sécurité et bien-être au travail.

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCES POUR LES BÉNÉVOLES

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir le présent formulaire.

Veuillez noter que les personnes nommées comme références doivent connaître le candidat depuis au moins un an et ne peuvent être un membre de sa famille ou un ami ni avoir la même résidence. Il se pourrait qu'on communique avec ces personnes pour obtenir d'autres renseignements.

Nom de la personne qui veut devenir bénévole :

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE MENTIONNÉE EN RÉFÉRENCE :

Nom de la personne :

Téléphone :

Adresse courriel :

Quel est votre lien avec le candidat? (*p. ex. employeur, enseignant*)

Diriez-vous que vous le connaissez?

Très bien

Bien

Un peu

Depuis quand le connaissez-vous?

1 à 5 ans

5 à 10 ans

+10 ans

Veuillez évaluer les points suivants :

Faible

Moyen

Bon

Excellent

Pas certain

Fiabilité ou assiduité

Sens des responsabilités

Digne de confiance

Autonomie

Communication et entregent

Compassion

Respect des autres

Capacité d'adaptation

Dans quel contexte le candidat travaillerait-il le mieux?

Seul

En groupe

Les deux

Est-ce que vous recommanderiez que ce candidat soit un bénévole au CRSNB en sachant qu'il se pourrait qu'il ne reçoive pas une supervision immédiate?

Oui

Non

Peut-être

Autres commentaires au sujet du candidat :

Signature du répondant :

Date :

Le présent formulaire peut être remis au candidat ou retourner directement au Service de bénévolat.

Service de bénévolat

Centre régional de santé de North Bay

50, promenade College, C.P. 2500 North Bay (Ontario) P1B 5A4

Courriel : volengdept@nbrhc.on.ca | Téléphone : 705 474-8600, poste 3131 | Télécopieur : 705 495-7980

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCES POUR LES BÉNÉVOLES

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir le présent formulaire.

Veuillez noter que les personnes nommées comme références doivent connaître le candidat depuis au moins un an et ne peuvent être un membre de sa famille ou un ami ni avoir la même résidence. Il se pourrait qu'on communique avec ces personnes pour obtenir d'autres renseignements.

Nom de la personne qui veut devenir bénévole :

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE MENTIONNÉE EN RÉFÉRENCE :

Nom de la personne :

Téléphone :

Adresse courriel :

Quel est votre lien avec le candidat? (*p. ex. employeur, enseignant*)

Diriez-vous que vous le connaissez?

Très bien

Bien

Un peu

Depuis quand le connaissez-vous?

1 à 5 ans

5 à 10 ans

+10 ans

Veillez évaluer les points suivants :

Faible

Moyen

Bon

Excellent

Pas certain

Fiabilité ou assiduité

Sens des responsabilités

Digne de confiance

Autonomie

Communication et entregent

Compassion

Respect des autres

Capacité d'adaptation

Dans quel contexte le candidat travaillerait-il le mieux?

Seul

En groupe

Les deux

Est-ce que vous recommanderiez que ce candidat soit un bénévole au CRSNB en sachant qu'il se pourrait qu'il ne reçoive pas une supervision immédiate?

Oui

Non

Peut-être

Autres commentaires au sujet du candidat :

Signature du répondant :

Date :

Le présent formulaire peut être remis au candidat ou retourner directement au Service de bénévolat.

Service de bénévolat

Centre régional de santé de North Bay

50, promenade College, C.P. 2500 North Bay (Ontario) P1B 5A4

Courriel : volengdept@nbrhc.on.ca | Téléphone : 705 474-8600, poste 3131 | Télécopieur : 705 495-7980