# Conseiller des patients et des familles d'EM/ANB

## Formulaire de candidature

Merci de votre intérêt à devenir conseiller bénévole des patients et des familles au sein d'EM/ANB inc.

**Devenir conseiller bénévole des patients et des familles au sein d'EM/ANB**

Veuillez remplir et retourner le formulaire de candidature ci-joint avec la recommandation de deux (2) références *qui ne sont pas des membres de votre famille.* Les personnes qui fournissent une recommandation peuvent poster le formulaire de recommandation à l'adresse qui y est indiquée ou le retourner au candidat dans une enveloppe scellée qu'il joindra à sa demande.

Nous accuserons réception de votre candidature complète.

Les candidats retenus devront se soumettre à une vérification de leurs antécédents judiciaires.

Vous devrez vous engager à être bénévole pendant au moins un (1) an.

En tant que membre de l'équipe de conseillers des patients et des familles, vous recevrez une formation complète.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous par courriel (EMANB.pf@medavienb.ca)

**Formulaire de candidature – conseiller des patients et des familles d'EM/ANB**

**Nom :** _____ _____
(en lettres moulées) (Nom de famille) (Prénom)
**Adresse :** _____

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

**Téléphone : (dom.)** _____ **(cell.)** _____ **(bur.)** _____

**Langues :** ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre_____

**Employeur (actuel et précédent) :** _____

**Pourquoi souhaitez-vous devenir conseiller des patients et des familles?**
_____
_____
_____

**Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez déjà été un patient d'Ambulance Nouveau-Brunswick ou du Programme extra-mural?**_____

**Le cas échéant, quand avez-vous été un patient ou un membre de la famille d'un patient?**_____

**Indiquez vos disponibilités** :

| Disponibilités | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Matin | | | | | | | |
| Après-midi | | | | | | | |
| Soir | | | | | | | |

**J'atteste que tous les renseignements fournis aux présentes sont complets et exacts et j'autorise un représentant d'EM/ANB à communiquer avec mes références.**

_____ _____
Signature Date

FORMULAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LA RÉFÉRENCE

Prière de remplir le présent formulaire et de l'envoyer par courriel au : EMANB.pf@medavienb.ca
Il est également possible de le **poster directement** à :
Programme des conseillers des patients et des familles d'EM/ANB
À l'attention de la coordonnatrice des politiques, des procédures et de l'agrément
210 rue John, bureau 101, Moncton (N.-B.) E1C 0B8

NOM DU CANDIDAT :_____ DATE :_____

**RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉFÉRENCE**

Prénom et nom :_____
(en lettres moulées)

Courriel :_____

Téléphone :_____

Profession : _____

Je connais le candidat depuis _____ an(s) en tant que _____
(p. ex. : ami, entraîneur, enseignant, superviseur, employeur).

Signature : _____

**Remarque :** La personne susmentionnée a posé sa candidature au rôle de conseiller bénévole des patients et des familles auprès d'Ambulance Nouveau-Brunswick et du Programme extra-mural. À ce titre, cette personne sera en contact avec des patients, leur famille et le public; elle devra aussi travailler en collaboration avec d'autres employés ou bénévoles. Les conseillers des patients et des familles doivent être à l'aise d'interagir avec des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, ainsi que d'offrir du soutien à leurs familles. Toutes les informations que vous nous communiquerez demeureront confidentielles.

| | |
|---|---|
| • Comment le candidat travaille-t-il en équipe? | Commentaires : |
| • Comment le candidat interagit-il avec les autres? | Commentaires : |
| • Comment le candidat réagirait-il à une situation stressante (il se découragerait, éviterait la situation, persévérerait ou chercherait de l'aide)? | Commentaires : |
| • Comment le candidat gère-t-il les conflits et la pression? | Commentaires : |
| • Recommanderiez-vous le candidat dans un rôle qui exige de la confiance? | Commentaires : |
| • Le candidat est-il fiable et ponctuel? | ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois |
| • Comment le candidat gère-t-il des renseignements confidentiels? | Commentaires : |
| • Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir pour bien évaluer cette candidature? | Commentaires : |
| • Recommandez-vous le candidat dans un rôle de conseiller bénévole des patients et des familles dans un programme de soins de santé? ☐ Oui ☐ Non | |

FORMULAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LA RÉFÉRENCE

Prière de remplir le présent formulaire et de l'envoyer par courriel au : EMANB.pf@medavienb.ca
Il est également possible de le **poster directement** à :
Programme des conseillers des patients et des familles d'EM/ANB
À l'attention de la coordonnatrice des politiques, des procédures et de l'agrément
210 rue John, bureau 101, Moncton (N.-B.) E1C 0B8

NOM DU CANDIDAT : _____ DATE : _____

**RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉFÉRENCE**

Prénom et nom : _____
(en lettres moulées)

Courriel : _____

Téléphone : _____

Profession : _____

Je connais le candidat depuis _____ an(s) en tant que _____
(p. ex. : ami, entraîneur, enseignant, superviseur, employeur).

Signature : _____

**Remarque :** La personne susmentionnée a posé sa candidature au rôle de conseiller bénévole des patients et des familles auprès d'Ambulance Nouveau-Brunswick et du Programme extra-mural. À ce titre, cette personne sera en contact avec des patients, leur famille et le public; elle devra aussi travailler en collaboration avec d'autres employés ou bénévoles. Les conseillers des patients et des familles doivent être à l'aise d'interagir avec des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, ainsi que d'offrir du soutien à leurs familles. Toutes les informations que vous nous communiquerez demeureront confidentielles.

| | |
|---|---|
| • Comment le candidat travaille-t-il en équipe? | Commentaires : |
| • Comment le candidat interagit-il avec les autres? | Commentaires : |
| • Comment le candidat réagirait-il à une situation stressante (il se découragerait, éviterait la situation, persévérerait ou chercherait de l'aide)? | Commentaires : |
| • Comment le candidat gère-t-il les conflits et la pression? | Commentaires : |
| • Recommanderiez-vous le candidat dans un rôle qui exige de la confiance? | Commentaires : |
| • Le candidat est-il fiable et ponctuel? | ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois |
| • Comment le candidat gère-t-il des renseignements confidentiels? | Commentaires : |
| • Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir pour bien évaluer cette candidature? | Commentaires : |
| • Recommandez-vous le candidat dans un rôle de conseiller bénévole des patients et des familles dans un programme de soins de santé? ☐ Oui ☐ Non | |