HÔTEL-DIEU GRACE
ESTD HEALTHCARE 1888

DEMANDE DE BÉNÉVOLAT

Nous conserverons votre demande pendant 6 mois. En raison de l'énorme soutien de notre communauté, nous ne pouvons pas offrir un poste à toutes les personnes qui posent leur candidature.

ÂGE MINIMUM – 16 ans

N° de la carte d'id. avec photo de l'hôpital du bénévole : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : (en lettres moulées) **DATE :** _____/_____

_____

NOM DE FAMILLE PRÉNOMS (encercler le nom utilisé habituellement) M./Mme

_____

N° d'app., n° et nom de rue Ville et province Code postal

_____

Tél. (maison) Tél. (cellulaire ou travail) Poste

Courriel : _____ (réservé à l'usage des Services des bénévoles)

PERSONNE AVEC QUI COMMUNIQUER EN CAS D'URGENCE

_____

Nom Lien avec vous Tél.

ÉTUDES

Est-ce que le bénévolat servira à accumuler les 40 heures de service communautaire pour le secondaire? ❑ Oui ❑ Non

Nom de l'école : _____ Année d'études : _____

Collège/université : _____ Année : 1 2 3 4 (encercler) Programme : _____

À remplir par les personnes qui font du bénévolat pour répondre à une exigence scolaire :

Nom de l'établissement : _____ Cours : _____

Instructeur/instructrice : _____ Nombre d'heures requis : _____

EMPLOI

Je suis actuellement : ❑ Employé(e) ❑ Sans emploi ❑ À la retraite

Employeur : _____ Tél. : _____

EXPÉRIENCE DE BÉNÉVOLAT

Organisme(s) Poste(s) Date/durée du service

TYPE DE BÉNÉVOLAT RECHERCHÉ : (cocher toutes les cases pertinentes)

❑ Aucune préférence ❑ Aider les patients ❑ Café ❑ Travail de bureau

❑ _____

RAISONS POUR LESQUELLES JE VEUX FAIRE DU BÉNÉVOLAT

❑ Aider les autres ❑ Acquérir de nouvelles compétences ❑ Me donner un défi ❑ Rencontrer des gens

❑ M'occuper ❑ Explorer des possibilités de carrière ❑ Manifester ma gratitude ❑ Exigence scolaire

❑ Faire les 40 heures de service communautaire pour le secondaire ❑ Autre

DISPONIBILITÉ : ***(indiquer les plages*** où vous êtes disponible pour faire du bénévolat, p. ex. de 16 h à 20 h)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi – 8 h-12 h							
Après-midi – 12 h-16 h							
Soirée – 16 h-20 h							

Avez-vous des problèmes physiques dont il faut tenir compte? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, préciser :

Faire du bénévolat toutes les semaines est une grande responsabilité.
Assurez-vous que votre situation actuelle vous permet de respecter un tel engagement.
Vous devez vous engager à faire du bénévolat pendant au moins quatre mois.

Je confirme que les renseignements fournis dans cette demande de bénévolat sont exacts et qu'ils ont été donnés volontairement. Je comprends que ces renseignements peuvent être divulgués à n'importe quelle partie ayant un intérêt juridique légitime légal, et je dégage l'organisme de toute responsabilité concernant la divulgation de ces renseignements. Il est entendu que les bénévoles de Hôtel-Dieu Grace Healthcare ***ne sont pas payés.***

Nous donnons des lettres de recommandation après quatre mois **et** 60 heures de service bénévole continu. Les lettres sont fournies à la discrétion du personnel des Services des bénévoles. Il faut demander la lettre deux semaines à l'avance.

Signature : _____ **Date :** _____**/**_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire. Prière de l'envoyer à :

Hôtel Dieu Grace Healthcare
Complexe Tayfour
Services des bénévoles
1453, chemin Prince
Windsor (Ontario) N9C 3Z4
volunteerservices@hdgh.org
Téléc. : 519 257-5119

Nous conserverons votre demande pendant 6 mois.
En raison de l'énorme soutien de notre communauté, nous ne pouvons pas offrir un poste à tous les candidats.