



PHOTO

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI BÉNÉVOLE**  
**VOLUNTEER APPLICATION FORM**

Hôpital Royal Victoria, Site Glen  
Royal Victoria Hospital, Glen Site

Hôpital Général de Montréal  
Montreal General Hospital

Hôpital Neurologique de Montréal  
Montreal Neurological Hospital

Hôpital de Lachine  
Lachine Hospital

Intérêts / Area(s) of Interest: \_\_\_\_\_  
(i.e.: **Musique**/Music, **Accueille**/Wayfinding, **Cliniques**/Clinics, etc.)

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

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 \_\_\_\_\_

Passé-temps, intérêts spéciaux: / Hobbies, skills, special interests: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

**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. L'âge peut varier pour l'hôpital Général de Montréal et l'hôpital Lachine. 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.**  
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.

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
parent/tuteur – parent/guardian

**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 \_\_\_\_\_



## Engagement de confidentialité Confidentiality Agreement

### Engagement de confidentialité

En tant que bénévoles oeuvrant 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 rassuré de savoir 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:

**Le dossier médical de l'usager d'un établissement est confidentiel. Personne n'est autorisé à y puiser des renseignements ni à les communiquer verbalement ou par écrit, à moins d'avoir obtenu le consentement manifeste ou implicite de l'usager de cet établissement.**

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 de ce qu'il ne faut pas faire:

- 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 venues à l'hôpital pour des traitements et que vous avez aperçues.

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 en général.

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

Le non-respect de la confidentialité constitue un sérieux manquement à notre code d'éthique et peut avoir comme conséquence de mettre fin à votre engagement comme bénévole avec le Centre hospitalier de McGill.

Je, \_\_\_\_\_, comprends que si je transgresse la confidentialité de l'information ou si 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 fin de ma relation à titre de bénévole avec le Centre universitaire de santé McGill, selon la gravité de l'infraction.

### Confidentiality Agreement

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

As volunteers in 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 recipients in an establishment shall be confidential. No person shall give or take verbal or written communication of them or otherwise have access to them, except with the express or implied consent of the recipients receiving services from the establishment.**

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.

Nom/Name _____	Signature _____
Témoin/Witness _____	Signature _____



**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 envoyer par courriel à l'hôpital que vous voulez. \*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 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 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** \_\_\_\_\_                

**Entregent- People skills** \_\_\_\_\_                

**Capacité de travailler de manière autonome-** \_\_\_\_\_                

*Ability to work independently*

**Flexibilité,Coopération- Flexibility, cooperation** \_\_\_\_\_                

**Discrétion – Discretion** \_\_\_\_\_                

**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?**

---

---

---

**4. 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 envoyé par courriel à l'hôpital que vous voulez. \*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 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 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** \_\_\_\_\_                

**Entregent- People skills** \_\_\_\_\_                

**Capacité de travailler de manière autonome-** \_\_\_\_\_                

*Ability to work independently*

**Flexibilité,Coopération- Flexibility, cooperation** \_\_\_\_\_                

**Discrétion – Discretion** \_\_\_\_\_                

**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?**

---

---

---

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

---

---

---

**Signature du répondant : Referee Signature** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_