



## 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**

Veillez 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.
- 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](mailto:EMANB.pf@medavienb.ca)) ou par téléphone (506-269-4799).

**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 gestionnaire des processus organisationnels

210 rue John, bureau 101, Moncton (N.-B.) E1C 0B8

NOM DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉFÉRENCE

Prénom et nom : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

Je connais le candidat depuis \_\_\_\_\_ an(s) en tant

Courriel : \_\_\_\_\_

que \_\_\_\_\_  
(p. ex. : ami, entraîneur, enseignant, superviseur, employeur).

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**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.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment le candidat travaille-t-il en équipe?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment le candidat interagit-il avec les autres?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment le candidat réagirait-il à une situation stressante (il se découragerait, éviterait la situation, persévérerait ou chercherait de l'aide)?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment le candidat gère-t-il les conflits et la pression?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommanderiez-vous le candidat dans un rôle qui exige de la confiance?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le candidat est-il fiable et ponctuel?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment le candidat gère-t-il des renseignements confidentiels?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir pour bien évaluer cette candidature?</li> </ul>	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandez-vous le candidat dans un rôle de conseiller bénévole des patients et des familles dans un programme de soins de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>	