

Demande de candidature du partenaire communautaire

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à devenir un partenaire communautaire de l'Équipe Santé Algoma Ontario (ESAO). Veuillez remplir la demande suivante et l'envoyer par courriel à info@algomaoh.t.ca au plus tard le 9 janvier 2022. Vous pouvez également présenter votre demande de candidature en ligne à l'adresse <https://forms.gle/kGEUeucTLccdroBf8>. Veuillez composer le 705 989-4813 si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir la demande de candidature.

Prénom et nom de famille :	
Ville/village :	
Courriel :	
Numéro de téléphone principal :	
Numéro de téléphone secondaire :	
Quel est le meilleur moyen de communiquer avec vous?	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous?	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Fin de semaine <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
Je m'identifie en tant que :	<input type="checkbox"/> Patient ou client âgé de 65 ans ou plus <input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un patient ou d'un client âgé de 65 ans ou plus <input type="checkbox"/> Proche aidant s'occupant d'un patient ou d'un client âgé de 65 ans ou plus <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
J'ai acquis de l'expérience en tant que conseiller dans le domaine de la santé ou des services sociaux :	<input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non
Comment avez-vous entendu parler de cette occasion?	<input type="checkbox"/> Site Web de l'ESAO <input type="checkbox"/> Comptes de médias sociaux de l'ESAO <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

Le partenariat ou l'engagement communautaire efficace doit représenter la diversité de la communauté que nous desservons. Pour nous assurer que les décisions prises reflètent un vaste éventail d'expériences vécues et y donnent suite, nous accueillons et encourageons les demandes de la part de personnes ayant des antécédents et des points de vue variés.

Veuillez noter que vous n'êtes pas obligé de répondre aux quatre questions suivantes.	
Je m'identifie en tant que :	<input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Autochtone, membre d'une Première Nation, Métis, Inuit <input type="checkbox"/> Membre d'une minorité racialisée ou visible <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
Je m'identifie en tant que personne à faible revenu :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
Je m'identifie en tant que personne ayant une déficience :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
Niveau d'études :	<input type="checkbox"/> École élémentaire <input type="checkbox"/> École secondaire <input type="checkbox"/> Diplôme de premier cycle <input type="checkbox"/> Diplôme supérieur <input type="checkbox"/> Autre : _____

Quels sont les services que vous (ou le membre de votre famille, la personne dont vous prenez soin) avez obtenus? (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)	<input type="checkbox"/> Médecin de famille ou infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Services gériatriques (p. ex. Clinique gériatrique d'Algoma) <input type="checkbox"/> Soins communautaires (p. ex. Société Alzheimer, Clinique de la mémoire) <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> Services sociaux <input type="checkbox"/> Services de santé mentale et de toxicomanie <input type="checkbox"/> Autre : _____
À quelle fréquence accédez-vous (ou le membre de votre famille ou la personne dont vous prenez soin accède-t-elle) à des services de santé ou sociaux?	<input type="checkbox"/> Plus d'une ou de deux fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois tous les 6 mois <input type="checkbox"/> Une fois par année ou moins <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

Veuillez indiquer le nom d'une personne qui pourra fournir une référence. Vous pouvez demander à votre fournisseur de soins de santé, à un collègue ou à un ami de fournir une référence. En remplissant cette section, vous consentez à ce que notre équipe communique avec cette personne pour discuter de votre demande de candidature.

Nom :	
Lien :	
Téléphone :	
Courriel :	

Veillez fournir une réponse descriptive aux questions suivantes dans l'espace prévu à cette fin.

1. Pourquoi voulez-vous devenir un conseiller communautaire pour l'ESAO?

2. Quels sont certains aspects des services de santé et des services sociaux qui fonctionnent bien à Algoma?

3. Quels sont certains aspects des services de santé et des services sociaux à Algoma qu'il conviendrait d'améliorer?

4. Avez-vous des intérêts particuliers dans les domaines des soins de santé et des services sociaux?

**5. Quelle est votre disponibilité pour les réunions (pendant la journée, en soirée, la fin de semaine)?
Veillez décrire tout obstacle éventuel à votre participation.**

Conditions de présentation d'une candidature :

- J'autorise l'ESAO à parler de ma demande de candidature à la personne qui fournira une référence
- J'ai lu la description de poste de conseiller communautaire et je peux consacrer du temps aux activités du groupe de travail
- Je comprends que l'obtention du poste de conseiller auprès de l'ESAO n'est pas garantie
- Je comprends que je peux retirer ma demande de candidature en tout temps

Signature :

Date :

Tous les renseignements contenus dans ce formulaire **sont considérés comme étant confidentiels et sont réservés à l'usage des membres de l'ESAO**. Nous pourrions communiquer avec vous pour vous convoquer à une entrevue informelle. Veuillez envoyer les demandes de candidature dûment remplies à info@algomaoh.ca.