# 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@algomaoht.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? | [ ]  Téléphone [ ]  Courriel [ ]  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous?  | [ ]  Jour [ ]  Soir [ ]  Fin de semaine[ ]  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Je m’identifie en tant que :  | [ ]  Patient ou client âgé de 65 ans ou plus[ ]  Membre de la famille d’un patient ou d’un client âgé de 65 ans ou plus[ ]  Proche aidant s’occupant d’un patient ou d’un client âgé de 65 ans ou plus[ ]  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| J’ai acquis de l’expérience en tant que conseiller dans le domaine de la santé ou des services sociaux : | [ ]  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Non |
| Comment avez-vous entendu parler de cette occasion? | [ ]  Site Web de l’ESAO[ ]  Comptes de médias sociaux de l’ESAO[ ]  Bouche-à-oreille[ ]  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 : | [ ]  Francophone [ ]  Autochtone, membre d’une Première Nation, Métis, Inuit[ ]  Membre d’une minorité racialisée ou visible [ ]  Blanc [ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Je préfère ne pas répondre |
| Je m’identifie en tant que personne à faible revenu : | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je préfère ne pas répondre |
| Je m’identifie en tant que personne ayant une déficience : | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je préfère ne pas répondre |
| Niveau d’études :  | [ ]  École élémentaire [ ]  École secondaire [ ]  Diplôme de premier cycle [ ]  Diplôme supérieur [ ]  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)  | [ ]  Médecin de famille ou infirmière praticienne[ ]  Services gériatriques (p. ex. Clinique gériatrique d’Algoma)[ ]  Soins communautaires (p. ex. Société Alzheimer, Clinique de la mémoire)[ ]  Service des urgences[ ]  Soins de longue durée[ ]  Soins à domicile[ ]  Services sociaux[ ]  Services de santé mentale et de toxicomanie [ ]  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?  | [ ]  Plus d’une ou de deux fois par mois[ ]  1 à 2 fois par mois[ ]  Une fois tous les 6 mois[ ]  Une fois par année ou moins[ ]  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 contentez à ce que notre équipe communique avec cette personne pour discuter de votre demande de candidature.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Lien : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel :  |  |

Veuillez 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?**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Quels sont certains aspects des services de santé et des services sociaux à Algoma qu’il conviendrait d’améliorer?**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Quelle est votre disponibilité pour les réunions (pendant la journée, en soirée, la fin de semaine)? Veuillez 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@algomaoht.ca.