# 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](mailto: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](mailto:info@algomaoht.ca).