



## APPLICATION FORM FORMULAIRE DE DEMANDE

### OUR POLICY NOTRE POLITIQUE

You must be at least 14 years of age to work at the hospital.  
Vous devez avoir au moins 14 ans pour travailler à l'hôpital.

### APPLICANT / CANDIDAT(E)

Family Name / Nom de famille \_\_\_\_\_ Given Name / Prénom \_\_\_\_\_

Address / Adresse \_\_\_\_\_ City / Ville \_\_\_\_\_

Postal Code / Code postal \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

E-mail / Courriel \_\_\_\_\_

Birthday / Date de naissance \_\_\_\_\_ Age / Âge  14 – 24  25 – 50  50+  
M/D / m/j

### LANGUAGES / LANGUES

Languages Spoken / Langues parlées  English  Français  Other / Autre \_\_\_\_\_

American Sign Language / Langage des signes (ASL, LSQ)

### EDUCATION / ÉTUDES

School / École \_\_\_\_\_ Grade / Année \_\_\_\_\_

Program / Programme \_\_\_\_\_ Degree / Diplôme \_\_\_\_\_  
Post-Secondary / Postsecondaire

### I AM CURRENTLY / À L'HEURE ACTUELLE

- employed / je travaille.  seeking employment / je cherche un emploi.  
 retired / je suis à la retraite.  a homemaker / je suis une personne au foyer.  
 student / je suis étudiant(e.)  career searching / je suis à la recherche d'une carrière.

### MANDATE / MOTIF

Reason for your application / Pourquoi voulez-vous faire du bénévolat?

### COMMITMENT / ENGAGEMENT

How long do you intend to stay as a volunteer with SAH? You must commit to a total of at least 40 hours. / Pendant combien de temps prévoyez-vous travailler comme bénévole à l'HSSM? Vous devez vous engager à travailler au moins 40 heures.

- 40 hours / 40 heures  Ongoing / engagement de longue durée

**AVAILABLE OPPORTUNITIES / COCHEZ LES DOMAINES QUI VOUS INTÉRESSENT.**

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Information Desk / Bureau de renseignements</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Patient Discharge / Mise en congé des patients</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Nursing Floor / Unité de soins infirmiers</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>Day Surgery / Chirurgie de jour</b>                |
| <input type="checkbox"/> <b>Orthopedic Clinic / Clinique - orthopédie</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>Shredding / Déchiquetage de documents</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Minor Procedures Clinic / Clinique - interventions mineures</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Surveys / Sondages</b>                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Critical Care Unit / Unité de soins aux patients en phase critique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Book Cart / Chariot de livres</b>                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Complex Care / Soins complexes</b>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Palliative Care / Soins palliatifs</b>             |

**AVAILABILITY / DISPONIBILITÉ**

---

**Please indicate the times when you are usually available for your assignment.**  
*Veillez indiquer votre disponibilité.*

SUN / DIM.	MON / LUN.	TUES / MAR.	WED / MER.	THU / JEU.	FRI / VEN.	SAT / SAM.
a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.
p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

**REFERENCES / RÉFÉRENCES**

---

**Please do not use any family members / Les références ne peuvent pas être des membres de la famille.**

1. **Name / Nom** \_\_\_\_\_ **Relation / Lien** \_\_\_\_\_

**Address / Adresse** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

2. **Name / Nom** \_\_\_\_\_ **Relation / Lien** \_\_\_\_\_

**Address / Adresse** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGEMENTS / DÉCLARATION**

---

**I agree to have my references contacted by the SAH Volunteer Resources Department, pursuant to the Freedom of Information and Protection of Privacy Act. / J'accepte que les Services de bénévolat de l'HSSM communiquent avec mes références, conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.**

**I certify that statements made on this application are true. / J'atteste que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.**

---

**Applicant / Candidat(e)**

**Date**