



## Volunteer Application Form Formulaire de demande du Service de bénévolat

All information on this Volunteer Application Form submitted to St. Boniface Hospital will be entered to a website owned by Volgistics, Inc. and not the St. Boniface Hospital or the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). Volgistics is a third party contracted to manage and store all information on volunteers collected by St. Boniface Hospital, including, but not limited to: this application, personal information, volunteer assignments, service hours, awards, etc. Volgistics currently stores this information on servers located outside of Canada. This information will be subject to the laws of the country where it is kept. St. Boniface Hospital and the WRHA are not responsible for any lost or misdirected data or for any delays while data is being sent to or stored on the Volgistics website. Information about Volgistics' Security Features, Privacy Policies and Terms of Use can be found on its website at [www.volgistics.com](http://www.volgistics.com).

Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire de demande de bénévolat soumis à l'Hôpital Saint-Boniface seront versés à un site Web détenu par Volgistics Inc. et non par l'Hôpital Saint-Boniface ou l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). La compagnie Volgistics est une tierce partie avec laquelle nous avons conclu un contrat pour gérer et stocker toute l'information que l'Hôpital Saint-Boniface recueille concernant les bénévoles, y compris mais sans s'y limiter à : cette demande, les renseignements personnels, les tâches bénévoles, les heures de service, les prix, etc. Volgistics stocke actuellement ces renseignements sur des serveurs situés à l'extérieur du Canada. Ces renseignements sont assujettis aux lois du pays dans lequel ils sont stockés. L'Hôpital Saint-Boniface et l'ORSW ne pourront être tenus responsables de toute perte ou de la saisie incorrecte de données et de tout délai pendant que ces données sont transmises et stockées au site Web de Volgistics. Vous trouverez des renseignements sur les dispositifs de sécurité de Volgistics, sa politique de confidentialité et ses conditions d'utilisation sur son site Web à l'adresse [www.volgistics.com](http://www.volgistics.com).

### A. Contact information (Please print) | Information personnelle (Lettres moulées s.v.p.)

Mr./M.       Mrs./M<sup>me</sup>       Ms.       Miss/Mlle

Last name / Nom de famille \_\_\_\_\_ First name / Prénom \_\_\_\_\_

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

City / Ville \_\_\_\_\_ Province / Province \_\_\_\_\_ Postal code / Code postal \_\_\_\_\_

Telephone N° / N° de téléphone      Home / Domicile \_\_\_\_\_      Work / Bureau \_\_\_\_\_      Cell / Cellulaire \_\_\_\_\_

Email address / Adresse courriel \_\_\_\_\_

Age/Âge       16-17       18-25       26-34       35-45       46-55       56-70       70+

Language(s) (please check) / Langue(s) (cochez s.v.p.)       English       Français       Other / Autres \_\_\_\_\_

In case of emergency, notify / En cas d'urgence, appelez \_\_\_\_\_ Tel. # / N° de tél. \_\_\_\_\_

### B. How did you hear about us? | Comment avez-vous entendu parler de nous?

Friend/Relative / Ami/Parent       Advertising / Publicité       Referral / Recommandation       Self-initiated / Initiative personnelle

### C. Current status | *Situation actuelle*

- Employed *Employé.e*
 Unemployed *Sans emploi*
 Retired *Retraité.e*
 Student *Étudiant.e*

### D. Check up to three assignments/departments that interest you

**Cochez 3 domaines ci-dessous qui vous intéressent**

#### Daytime only volunteer opportunities

*(Monday to Friday)*

- Councils & Committees *(e.g. Patient & Family Advisory Council)*  
 Geriatric Recreation  
 Hospitality: Patient Registration  
 Improvement Activities

#### Daytime, evening, and weekend volunteer opportunities

*(Please note: we have limited opportunities during the evenings and weekends)*

- Art at the Bedside  
 Buhler Art Gallery Host  
 Cancer Care Clinic  
 Communion Ministry/Chapel Escort  
 Emergency Ambassador  
 Gift Shop  
 Hospitality: Main/South Entrances  
 Library Program  
 Newspaper Delivery  
 Other \_\_\_\_\_

#### Bénévolat – Jour seulement

*(Lundi à vendredi)*

- Conseils et comités *(p. ex. Conseil consultative des patients et famille)*  
 Activités récréatives pour personnes âgées  
 Accueil à l'admission  
 Activités d'amélioration

#### Bénévolat – Jour, soirée et fin de semaine

*(Veuillez noter : les postes en soirée et en fin de semaine sont limités)*

- Art au chevet du patient  
 Accueil à la galerie Buhler  
 Clinique ActionCancer Manitoba  
 Administration de la communion/Accompagnement à la chapelle  
 Ambassadeur au service de l'Urgence  
 Boutique  
 Accueil à l'entrée principale, à l'entrée sud  
 Programme de bibliothèque  
 Distribution de journaux  
 Autres \_\_\_\_\_

### E. How long a volunteer commitment are you prepared to make?

**Pour combien de temps êtes-vous prêt à travailler comme bénévole?**

- Minimum of 6 months *Au moins 6 mois*
 9 months *9 mois*
 1 year *1 an*
 More than 1 year *Plus d'un an*

### F. During which time periods are you available? (Please check ✓)

**Quelle est votre disponibilité (Cochez s.v.p. ✓)**

Shifts Postes	Monday Lundi	Tuesday Mardi	Wednesday Mercredi	Thursday Jeudi	Friday Vendredi	Saturday Samedi	Sunday Dimanche
Morning Matin							
Afternoon Après-midi							
Evening Soirée							

### G. Tell us about your education | *Parlez-nous de vos études*

Your highest level of education obtained

*Quel est votre plus haut niveau d'instruction?* \_\_\_\_\_

Your major area of study (if applicable)

*Quel est votre domaine de spécialisation (s'il y a lieu)?* \_\_\_\_\_

Other training courses you have completed

*Avez-vous suivi d'autres cours de formation?* \_\_\_\_\_

## H. Tell us about your employment history | *Parlez-nous de vos emplois antérieurs*

Company name/employer <i>Entreprise/employeur</i>	Job title <i>Titre du poste</i>	From <i>Du</i>	To <i>Au</i>	Reason for leaving <i>Raison du départ</i>

## I. Tell us about any volunteer work you have done | *Avez-vous déjà fait du bénévolat?*

Organization <i>Organisme</i>	Title <i>Titre du poste</i>	From <i>Du</i>	To <i>Au</i>	Reason for leaving <i>Raison du départ</i>

Have you ever applied to volunteer with this organization before?  Yes  No When  
*Avez-vous déjà fait demande pour devenir bénévole avec nous par le passé? Oui Non Quand* \_\_\_\_\_

## J. For volunteers interested in Improvement Activities or Councils and Committees, what SBH Departments have served you or your family and approximately when?

*Pour les bénévoles qui s'intéressent aux activités d'amélioration ou aux conseils et comités, de quels services avez-vous ou votre famille bénéficié et à quelle date environ?*

---

---

---

---

## K. References | *Références*

If you are interviewed as a potential volunteer, you will be asked to provide three (3) references. Please note that references from family or from personal friends will not be accepted, **unless you were employed by them.**

*Si vous êtes interviewés comme bénévole potentiel, on vous demandera de fournir trois (3) références. Les références de membres de votre famille ou d'amis personnels ne seront pas acceptées, à moins que vous ayez été employé par eux.*

## L. Criminal Record Check & Abuse Registry | *Vérification du casier judiciaire et Registre concernant les mauvais traitements*

A Criminal Record Check and Child Abuse Registry Check may be required for some positions and must be completed before you begin your volunteer placement.

*La vérification du casier judiciaire et du registre concernant les mauvais traitements pourrait être exigée pour certains postes et doit être complétée avant de commencer vos services bénévoles.*

## M. Authorization and Consent | Autorisation et consentement

By submitting this application, I agree that the information I have provided on the form is true and accurate. Furthermore, I understand and agree that submitting this application form does not automatically register me as a volunteer. It is the policy of St. Boniface Hospital Volunteer Services to screen all prospective volunteers. While we try to place every prospective volunteer, management reserves the right to decline applicants who do not meet our requirements and/or placement criteria. I consent to this information and information about my volunteer work with St. Boniface Hospital to be maintained on the Volgistics website and absolve and release the WRHA from all and any liability that may otherwise accrue by reason of keeping this information on the Volgistics website and using this information for WRHA purposes.

*En soumettant la présente demande, je confirme que les renseignements fournis sur ce formulaire sont vrais et exacts. De plus, je comprends et j'accepte qu'en soumettant cette demande de bénévolat je ne suis pas automatiquement inscrit(e) au registre de bénévoles. C'est la politique du Service de bénévolat de l'Hôpital Saint-Boniface d'examiner les antécédents des bénévoles éventuels. Bien que le Service de bénévolat tente de placer chaque bénévole potentiel, la direction se réserve le droit de refuser les candidats et candidates qui ne satisfont pas aux exigences et critères de placement. Je consens à ce que cette information et l'information concernant mon travail de bénévolat à l'Hôpital Saint-Boniface soient versées et conservées sur le site Web de Volgistics. J'absous et dégage l'ORSW de toute responsabilité susceptible de lui être imputée pour avoir conservé ces renseignements sur le site Web de Volgistics ou de les avoir utilisés à ses propres fins.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### For applicants under the age of 18, parental/guardian consent is required before submitting this application.

I, \_\_\_\_\_ (print name of parent/guardian), hereby give my permission for \_\_\_\_\_ (name of volunteer) to volunteer for St. Boniface Hospital. I have read and understood the Volunteer Application form and I consent to the details of my child's volunteer records being stored on the Volgistics website as described at the beginning of this Volunteer Application Form.

**Note:** Parents may be advised of performance issues or in the event that disciplinary action may be required.

Signature of Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Consentement du parent ou du tuteur d'une personne âgée de moins de 18 ans

Je soussigné, \_\_\_\_\_ (nom du parent ou du tuteur en lettres moulées), par la présente, autorise \_\_\_\_\_ (nom du bénévole) de faire du bénévolat à l'Hôpital Saint-Boniface et consens à ce que les renseignements inscrits au dossier de bénévolat de mon enfant soient stockés sur le site Web de Volgistics tels qu'indiqués au début de ce formulaire de demande de bénévolat.

**Note:** Les parents pourraient être mis au courant de problèmes de rendement ou si des mesures disciplinaires doivent être prises.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Return completed form to: | Retournez le formulaire rempli à :

409 Taché Ave., Room A1113  
Winnipeg, MB R2H 2A6  
Phone: 204.237.2442 Fax: 204.258.1350  
sbghvolunteer@sbgh.mb.ca

409 av. Taché, pièce A1113  
Winnipeg, Manitoba R2H 2A6  
Tél.: 204.237.2442 Téléc. : 204.258.1350  
sbghvolunteer@sbgh.mb.ca



During your volunteer activities, your photograph or video image may be taken. These photographs or videos may be used for purposes such as educational presentations, news media, hospital publications, etc. If you consent to your photo/video image being used for these purposes, please read the following statement and sign below.

**I grant St. Boniface Hospital the right to use a photograph or videotape image of me for the purposes stated above.**

*Dans le cadre de vos activités de bénévolat, vous pourriez être photographié ou enregistré sur vidéo. Ces photos ou vidéos peuvent être utilisées aux fins de présentations éducatives, médias d'information, publications de l'hôpital, etc. Si vous acceptez que votre photo/image vidéo soit utilisée à de telles fins, veuillez lire et signer la déclaration ci-dessous.*

***J'autorise l'Hôpital Saint-Boniface à utiliser les enregistrements photos/vidéo où je figure aux fins précisées ci-dessus.***

Signature of Applicant

*Signature du demandeur* \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian

*Signature du parent/tuteur* \_\_\_\_\_

Date

*Date* \_\_\_\_\_

**Volunteer Services**

409 av. Taché Ave, Room/pièce A1113, Winnipeg, MB R2H 2A6

Phone/Tél.: 204.237.2442 Fax/Télec. : 204.258.1350 [sbghvolunteer@sbgh.mb.ca](mailto:sbghvolunteer@sbgh.mb.ca)