Interlake–Eastern Regional Health Authority | Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

1. Name/*Nom*:_____
   Phone number/*N° de tél* :_____
   How do they know you/*Lien de connaissance* ? _____

2. Name/ *Nom*:_____
   Phone number/ *N° de tél* :_____
   How do they know you/ *Lien de connaissance* ? _____

Optional/Voluntary Questions
Questions facultatives

Have you ever served as a regional health authority board member or district health advisory committee member?
Avez-vous déjà été membre du conseil d'un office régional de la santé ou d'un comité consultatif de district de santé?
□ Yes/*Oui* □No/*Non*

If yes, did you feel effective in that role/ *Dans l'affirmative, vous sentiez-vous efficace dans ce rôle?*
□ Yes/*Oui* □No/*Non*

Comments/*Commentaires*:_____

_____

Have you received health care services within the Interlake-Eastern Regional Health Authority?
Avez-vous bénéficié des services de santé de l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est?
□ Yes/*Oui* □No/*Non*

If yes – how would you rate your care/ *Dans l'affirmative, diriez-vous que ces services étaient*:
□ Very good/ *Très bons* □ Good/ *Bons* □ Fair/ *Acceptables* □ Poor/ *Mauvais* □ Indifferent/ *Sans opinion*

Would you be interested in being considered in a patient advisory role within the Interlake-Eastern RHA?
Accepteriez-vous un rôle de conseiller des patients au sein de l'ORS d'Entre-les-Lacs et de l'Est?
□ Yes/*Oui* □No/*Non*

We would like the opportunity to reflect the diversity of the region in Local Health Involvement Group membership. You are invited to indicate if you are from any of the following groups:
Nous souhaitons que les membres des Groupes locaux de participation en matière de santé reflètent la diversité de la région. Nous vous invitons à indiquer si vous appartenez à l'un des groupes suivants :
□ Aboriginal/ *Autochtone* □ Visible minority/ *Minorité visible* □ Persons with disabilities/ *Personne handicapée*

Please email, fax or mail completed form to :
Veuillez envoyer le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste à :

[illegible] [illegible]
/[illegible] *Bureau principal*
233A Main Street к 233A, rue Main
Selkirk, Manitoba R1A 1S1 к Selkirk (Manitoba) R1A 1S1
¢oll free к sans frais : 1πуррπ3πmπурлл CaЁ к ¢éléc : 1π2лππпу2πп3лл Email/ *Courriel*: [illegible]@ierha.ca

Thank you for your application. / Nous vous remercions pour cette demande.