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

LOCAL HEALTH INVOLVEMENT GROUP (LHIGs)APPLICATION FORM/
GROUPE LOCAL DE PARTICIPATION EN MATIÈRE DE SANTÉ (GLPS)FORMULAIRE DE DEMANDE

Contact information/Coordonnées

Name / *Nom* _____

Mailing Address/ *Adresse postale* _____

Phone Number/*N° de tél.* :

Home/*Domicile*: _____Work/*Travail*:_____Cell/*Cellulaire*:_____

Email Address/*Adresse courriel* :_____

Preferred Contact Method/*Méthode de communication préférée*:
□ Home/*Domicile* □Work/*Travail* □ Cell/*Cellulaire* □ Email/*Courriel*

Residency / *Résidence*

In what city/town do you live (if different than mailing address)? _____

*Dans quelle ville vivez-vous (si elle est différente de l'adresse postale)?*_____

In which Rural Municipality do you live?_____

*Dans quelle municipalité rurale vivez-vous?*_____

How long have you lived in this community/RM?_____

*Depuis combien de temps vivez-vous dans cette communauté ou municipalité rurale?*_____

Demographics/*Données démographiques*

Gender/*Sexe* : □Male/*Masculin* □ Female/*Féminin*

Age Range/*Fourchette d'âge*: □ under 18*/*moins de 18 ans** □ 18-24/*18 à 24 ans* □ 25-39/25 à 39 ans
□ 40-54/*40 à 54 ans* □ 55-70/*55 à 70 ans* □71 and over/*55 à 70 ans*

*Please note we will request signature of a consent form by a parent or guardian
**Veuillez noter qu'une autorisation devra être signée par l'un des parents, ou la tutrice ou le tuteur*

Employment Status/*Situation professionnelle*: □ Employed/a *un emploi* □ Not employed/*n'a pas d'emploi*
□ Retired/*à la retraite* □ Student/*fait des études*

Do you speak any language(s) other than English? □ Yes □ No
Parlez-vous une langue (ou plusieurs) autre que le français? □ *Oui* □ *Non*

If yes, please list the languages you speak:_____
Dans l'affirmative, quelle est cette langue? _____

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

Experience & Interests/*Expérience et intérêts*

What work (paid, unpaid, or volunteer) experience do you have?
Quelle expérience de travail (rémunéré, non rémunéré ou bénévole) avez-vous?

_____
_____
_____

Tell us about why you're interested in being part of a Local Health Involvement Group. Provide us with examples of things you're concerned about in the health care system.
Expliquez pourquoi vous voulez faire partie d'un Groupe local de participation en matière de santé. Donnez des exemples de ce qui vous préoccupe au sein du système de santé.

_____
_____
_____

Are there any health system topics you would like to be considered for discussion by the LHIGs?
Y a-t-il des sujets relatifs au système de santé dont vous aimeriez que les GLPS discutent?

_____
_____

Please describe any groups or projects past or present you have been involved with in your community (examples: cultural, faith, professional, sport, etc.).
Veuillez décrire les groupes ou projets, passés ou présents, auxquels vous avez participé dans votre communauté (par exemple dans le domaine culturel, religieux, professionnel, sportif, etc.).

_____
_____
_____

How did you hear about the LHIGs? /*Comment avez-vous entendu parler des GLPS?*

□ Newspaper/ *Journal* □ Radio/*Radio* □ Government website/*Site Web du gouvernement*
□ Brochure/*Brochure* □ RHA website/Site Web d'un ORS □ Word of mouth/□ *Bouche à oreille*

□ Other – please explain/Autre – veuillez préciser :_____

References/*Références*

Please include the names of two people who can serve as references from your work, volunteer or school experiences and who have known you in that capacity for more than six months (preferably not family or friends).

Veuillez indiquer les noms de deux personnes qui peuvent donner des références au sujet de votre expérience de travail ou de bénévolat ou de vos études et qui vous connaissent sur ce plan depuis plus de six mois (de préférence, ni des membres de votre famille ni des amis).

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

1. Name/*Nom*:_____
   Phone number/*Nº de tél* :_____
   How do they know you/*Lien de connaissance* ? _____

2. Name/ *Nom*:_____
   Phone number/ *Nº 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 :
Local Health Involvement Groups / ***Les Comités consultatifs en santé communautaire***
IERHA Corporate Office / *Bureau principal*
233A Main Street / *233A, rue Main*
Selkirk, Manitoba R1A 1S1 / *Selkirk (Manitoba) R1A 1S1*
Toll free / *sans frais* : 1-855-347-8500 Fax / Téléc : 1-204-482-4300 Email/ *Courriel*: info@ierha.ca

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