



## Health Sciences North **Patient and Family Advisor Membership Application Form**

Thank you for your interest in becoming a **Patient and Family Advisor** at Health Sciences North (HSN). Improving the patient experience has been identified as a key priority for HSN. Patients and families have experience that can be invaluable in improving the care experience across the organization.

**Please complete this form. Only selected applicants will be contacted for an interview.**

First Name \_\_\_\_\_

Last Name \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_

City/Town \_\_\_\_\_

Postal Code \_\_\_\_\_

What is the best way to contact you and when?

\_\_\_\_\_

Where did you or your loved one receive care at HSN and what procedure or treatment did you receive while here?

--

Why do you want to be a Patient and Family Advisor? Tell us about opportunities for improvement you have observed or what you feel HSN could do differently to better serve patients and families.

--

What do you feel you can bring to HSN?

--

Please specify your availability to participate in meetings and events? (i.e. daytime, evening, weekend)

--

## REFERENCE

Please provide the name of a person who will provide a character reference for you.

Name:	
Phone Number:	
Email Address:	

À

Conditions of Application:

- I can commit the time required to be a Patient and Family Advisor.
- I understand that all successful applicants will be required to complete a Health Sciences North's Volunteer Services Registration Form.
- I understand that all successful applicants will be required to complete and submit a police check.

Applicant Signature:	
Date:	

Thank you for your interest in becoming a Patient and Family Advisor.

All information contained on this form is considered confidential and is intended for use by Healthy Sciences North's Patient and Family Advisor Selection Committee only. You may be contacted upon receipt of this application form to participate in a face-to-face interview. All applications submitted will be kept on file for two years and will only be reviewed when there are vacancies.

Please email your completed application to [pfacouncil@hsnsudbury.ca](mailto:pfacouncil@hsnsudbury.ca)

**OR** mail it in the envelope provided to:

Health Sciences North  
Attention: Rosie Graffi, Patient and Family Engagement  
Ramsey Lake Health Centre  
41 Ramsey Lake Road  
Level 1, Administration  
Sudbury, Ontario  
P3E 5J1



Health Sciences North  
Horizon Santé-Nord



Health Sciences North  
Horizon Santé-Nord

Horizon Santé-Nord  
**Conseillère ou conseiller à titre de  
patient ou de membre des familles**  
**Formulaire de demande d'adhésion**

Merci de votre intérêt à devenir conseillère ou conseiller d'Horizon Santé-Nord (HSN) à titre de patient ou de membre des familles. L'amélioration de l'expérience des patients a été déterminée comme étant une priorité pour HSN. Les patients ainsi que leurs familles ont une expérience pouvant être précieuse pour l'amélioration des soins dans l'ensemble de l'organisation.

**Veillez remplir le présent formulaire. Nous communiquerons uniquement avec les personnes convoquées à une entrevue.**

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Tél. à domicile \_\_\_\_\_

Tél. au travail \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Quelle est la meilleure façon de communiquer avec vous et à quel moment?

\_\_\_\_\_

À quel endroit vous-même ou un proche avez-vous reçu des soins d'HSN? Veuillez indiquer l'intervention ou le traitement.

--

Pourquoi désirez-vous jouer ce rôle? Faites-nous part des occasions d'amélioration que vous avez constatées ou ce que, selon vous, HSN pourrait faire différemment afin de mieux servir les patients et les familles.

--

Que pensez-vous apporter à HSN?

--

Veuillez indiquer votre disponibilité pour participer aux réunions et aux activités (c.-à-d. durant la journée, en soirée ou les fins de semaine).

--

#### RÉFÉRENCE

Veuillez indiquer le nom d'une personne qui peut témoigner de votre personnalité.

Nom :	
Téléphone :	
Courriel :	

Conditions de candidature :

- Je peux consacrer le temps nécessaire à ce rôle.
- Je comprends que les personnes retenues devront remplir un formulaire d'inscription des Services des bénévoles d'HSN.
- Je comprends que les personnes retenues devront remplir et soumettre une vérification policière.

Signature de la candidate ou du candidat	
Date :	

Merci de votre intérêt à devenir une conseillère ou un conseiller à titre de patient ou de membre des familles.

Tous les renseignements dans le formulaire sont considérés comme confidentiels et seront uniquement utilisés par les membres du comité de sélection. On pourrait communiquer avec vous à la réception du formulaire afin de vous inviter à une entrevue en personne. Toutes les demandes seront conservées durant deux ans et seront revues uniquement si des postes deviennent vacants.

Veillez envoyer votre demande remplie à [pfacouncil@hsnsudbury.ca](mailto:pfacouncil@hsnsudbury.ca)

**OU** la poster dans l'enveloppe fournie à l'adresse suivante.

Madame Rosie Graffi  
Conseillère, Participation des patients et des familles  
Horizon Santé-Nord  
Centre de santé du lac Ramsey  
41, chemin Ramsey Lake  
Niveau 1, Administration  
Sudbury (Ontario)  
P3E 5J1



Health Sciences North  
Horizon Santé-Nord