

**Le partenariat de l’usager et ses proches
en santé et services sociaux : *l’usager partenaire***

*Formulaire d’inscription*

**IDENTIFICATION**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |       | Nom : |       | Date de naissance : |       |
| Téléphone (maison) : |       | Téléphone cellulaire : |       |
| Adresse courriel : |       |
| Meilleur moment pour vous joindre : |       |

**MOTIVATION**

|  |
| --- |
| Pourquoi êtes-vous intéressé(e) à devenir usager partenaire? |
|       |
| Comment voyez-vous votre implication comme usager partenaire (siéger aux comités, assister à l’orientation des nouveaux employés, etc.)? |
|       |
| Durant combien de temps aimeriez-vous vous impliquer? |
|       |

**EXPÉRIENCE USAGER**

|  |
| --- |
| Souffrez-vous d’une maladie, d’un problème de santé ou d’une autre difficulté? [ ]  non [ ]  ouiSi oui, précisez :       |
| Quels services ou unités de soins ou d’hébergement avez-vous fréquentés?      | Dans quelle(s) installation(s) avez-vous reçu les services ou les soins?      |

**DÉCLARATION DE L’USAGER PARTENAIRE**

|  |
| --- |
| [ ]  Je déclare et reconnais que toutes les tâches que j’effectuerai seront non rémunérées.[ ]  En étant usager partenaire, je m’engage à respecter le code d’éthique, les règlements et les politiques de l’établissement, y compris la politique de confidentialité.  |
| **Signature :** |       | **Date :** |       |
| *aaaa-mm-jj* |