**Demande de services et consentement**

Nom du client/de la cliente :

Nom du procureur au soin de la personne (le cas échéant) :

Je, , présente à HOSPICE NORTHWEST une demande de services d’un bénévole de HOSPICE NORTHWEST pour moi/pour \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (client/cliente).

En tenant compte de l’acceptation de ma demande, j’affirme comprendre ce qui suit et j’y consens :

1. Je comprends que les bénévoles de HOSPICE NORTHWEST ont fait l’objet d’une présélection et ont reçu la formation nécessaire pour offrir un soutien compatissant, émotionnel, social et spirituel. Le tout est conforme à la définition de bénévoles visiteurs en soins palliatifs du ministère de la Santé.
2. J’accepte de collaborer avec le personnel de HOSPICE NORTHWEST pour déterminer le type de soutien et de services que je recevrai. Ces services seront examinés de temps à autre et modifiés au besoin. Je comprends que j’ai le droit de demander que l’on change mon plan de services ou mes fournisseurs de services en communiquant avec la coordonnatrice des services aux clients ou la directrice générale de HOSPICE NORTHWEST. Je comprends que j’ai le droit de donner ou de refuser, en tout temps, le consentement aux services offerts par HOSPICE NORTHWEST.
3. J’accepte qu’un responsable de HOSPICE NORTHWEST communique avec moi chaque mois ou tous les deux mois (selon la fréquence des visites de bénévoles) pour que je puisse discuter de ma satisfaction relativement aux services offerts par HOSPICE NORTHWEST.
4. Les visites auront lieu à un moment convenu par mon bénévole et moi. Si je ne suis pas en mesure de recevoir mon bénévole au moment convenu, je m’assurerai d’en informer mon bénévole.
5. Mon bénévole n’a pas reçu la formation nécessaire pour m’offrir des services d’aide familiale ou de soins infirmiers. Je ne demanderai pas à mon bénévole de fournir de tels services.
6. Mon bénévole ne peut pas accepter de cadeaux autres que des choses pouvant être consommées, ou des plantes. Je n'offrirai pas de cadeaux à mon bénévole.
7. Je comprends que je peux obtenir des renseignements sur la planification préalable des soins par l’entremise de HOSPICE NORTHWEST.
8. Si on me fournit le numéro de téléphone personnel de mon bénévole, je communiquerai avec mon bénévole uniquement pour déterminer la date et l’heure des visites.
9. Ma relation avec mon bénévole et HOSPICE NORTHWEST est confidentielle. Le devoir de confidentialité de mon bénévole et de HOSPICE NORTHWEST à mon égard ne s’étend pas aux renseignements reçus, de quelque source que ce soit, qui laissent entendre que je pourrais avoir l’intention de me faire du mal.

À ma première rencontre avec mon bénévole, je lui remettrai une liste de numéros de téléphone d’urgence et des directives à suivre en cas d’urgence, qui seront mises à jour au besoin. Je comprends ce qui suit :

* On composera le 9-1-1 si les directives fournies sont incomplètes ou ne s’appliquent pas à l’urgence médicale particulière que je vis.
* Le personnel et les bénévoles de HOSPICE NORTHWEST ne sont pas en mesure de déterminer la nature de l’urgence médicale ni d’offrir de traitement.

**Divulgation de renseignements**

Tous les renseignements personnels recueillis par HOSPICE NORTHWEST serviront uniquement à la préparation, à la prestation et à l’évaluation des services offerts par le personnel et les bénévoles de HOSPICE NORTHWEST. HOSPICE NORTHWEST ne communiquera aucun renseignement personnel pour aucune autre raison. Afin de respecter la vie privée des clients, le personnel et les bénévoles de HOSPICE NORTHWEST qui auront accès à mes renseignements personnels ont accepté par écrit de protéger la confidentialité de ces renseignements.

Les membres de l’équipe de soins de santé à qui nous pourrions communiquer des renseignements pour les raisons susmentionnées sont :

* le personnel des Soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS du Nord-Ouest;
* le personnel infirmier des soins à domicile;
* les préposés aux services de soutien à la personne;
* le travailleur social;
* l’ergothérapeute ou le physiothérapeute;
* le personnel de tout autre établissement ou organisme gouvernemental si une loi ou un règlement l’exige.

**Plaintes**

Le client ou l’aidant est tenu de signaler ses plaintes ou préoccupations à Hospice Northwest. On examinera la plainte ou la préoccupation avec le client ou l’aidant. Au besoin, on fournira au client ou à l’aidant des renseignements sur les critères d’admissibilité, les ressources à sa disposition et les politiques en place. Si la plainte ou la préoccupation est réglée, on modifiera le plan de soins en conséquence. Si on ne réussit pas à régler la plainte à cet échelon, elle sera mise par écrit dans un document que devra signer la personne plaignante afin d’attester de l’exactitude de la plainte. La personne plaignante ainsi que tout autre partie concernée seront informées de la prochaine étape du processus. Si la plainte concerne un bénévole, le bénévole en question en sera informé. On procédera ensuite à la mise en œuvre de mesures correctives ou à un congédiement. La personne plaignante sera informée des mesures correctives qui ont été prises.

**Renonciation**

Je comprends et j’accepte les conditions énoncées dans la présente entente. Je ne tiendrai pas HOSPICE NORTHWEST responsable des demandes, des dommages-intérêts, des coûts, des dépenses, des actions et des causes d’action en cas de blessures ou de décès, de pertes ou de dommages matériels subis par moi, quelle que soit la manière dont ils ont été causés, qui découlent des services que je reçois par l’entremise de HOSPICE NORTHWEST ou qui y sont autrement liés.

FAIT à Thunder Bay ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020.

Client/Cliente ou procureur au soin de la personne Date

Pour HOSPICE NORTHWEST Date