

**CORNWALL COMMUNITY HOSPITAL / HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE CORNWALL**  
(« l'organisation »)

**Déclaration de candidature au poste d'administrateur ou d'administratrice**

**DEST. : Comité de gouvernance de l'Hôpital communautaire de Cornwall**

**a/s de : Jeanette Despatie**  
**Directrice générale**  
**Hôpital communautaire de Cornwall**  
**840, avenue McConnell**  
**Cornwall (Ontario) K6H 5S5**

1. **Qualités requises.** Je soussigné, demande par les présentes que ma candidature au poste d'administrateur de l'organisation soit étudiée, et, ce faisant, je reconnais et déclare ce qui suit : **[veuillez cocher chaque énoncé ci-dessous pour indiquer que vous en avez pris connaissance]**
- J'ai au moins dix-huit (18) ans.
  - Je n'ai pas été jugé incapable de gérer mes biens aux termes de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* ou de la *Loi sur la santé mentale*.
  - Je n'ai pas été jugé incapable par un tribunal, au Canada ou à l'étranger.
  - Je n'ai pas fait faillite.
  - Je ne suis pas un « particulier non admissible » au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) ou des règlements pris en vertu de celle-ci.
  - Ma résidence principale se trouve dans la région servie par la personne morale ou j'y exerce des activités, comme le Conseil l'établit périodiquement, c'est-à-dire dans Stormont, Dundas, Glengarry ou Akwesasne.
  - Je ne suis pas un membre actuel ou ancien du personnel professionnel de l'organisation [ne s'applique pas aux administrateurs d'office exigés par la *Loi sur les hôpitaux publics* ou selon ce qui est prévu dans les Règlements administratifs].
  - Je n'ai pas de liens avec un employé ou un membre actuel du personnel professionnel de l'organisation (« personne qui a un lien », en relation avec une personne, signifie les enfants qui vivent au domicile de la personne, ou les parents, les frères et soeurs, l'époux ou l'épouse, ou le conjoint ou la conjointe de fait de cette personne, et comprend tout organisme, organisation, agence, compagnie, société ou particulier [p. ex., associé] ayant des rapports avec ladite personne).

2. **Adresse résidentielle.** Mon adresse résidentielle est la suivante :

---

---

---

---

3. **Adresse d'affaires.** Mon adresse d'affaires est la suivante (le cas échéant) :

---

---

---

---

4. **Examen des responsabilités de l'administrateur.** Je déclare avoir pris connaissance de l'Annexe A de cette demande de candidature. Si ma candidature au poste d'administrateur de l'organisation est retenue, je m'engage : **[veuillez cocher chaque énoncé ci-dessous pour indiquer que vous en avez pris connaissance]**

- à appuyer l'objectif de l'organisation (*se reporter à la Partie 2 de l'Annexe A*);
- à aviser l'organisation de toute situation qui m'obligerait immédiatement à libérer le poste d'administrateur (*se reporter à la Partie 3 de l'Annexe A*);
- à respecter les dispositions relatives aux conflits d'intérêts et à la confidentialité s'appliquant aux administrateurs (*se reporter à la Partie 4 de l'Annexe A*);
- à collaborer avec le Conseil d'administration et à l'aider à s'acquitter de ses devoirs et responsabilités envers l'organisation (*se reporter à la Partie 5 de l'Annexe A*);
- à satisfaire les attentes en matière de rendement des membres du Conseil d'administration (*se reporter à la Partie 6 de l'Annexe A*).
- Je comprends, par ailleurs, que je ne serai pas rémunéré pour mes services à titre d'administrateur conformément aux lois régissant les organismes de bienfaisance.
- Je comprends que l'on s'attend à ce que je participe à toutes les réunions du Conseil d'administration et des comités auxquels j'aurai été affecté. Cependant, étant donné que cela n'est pas toujours possible, une assiduité d'au moins 60 % est jugée acceptable conformément à la politique du Conseil.

5. **Profil.** Je comprends que l'organisation veut s'assurer que les membres du Conseil d'administration ont les compétences et l'expérience dont ils ont besoin pour gouverner l'organisation et que le Conseil reflète l'étendue, la portée et la diversité de la région desservie, y compris les caractéristiques démographiques, culturelles, linguistiques, économiques, ethniques et sociales de la communauté desservie par l'organisation. En vue d'aider l'organisation à mettre sur pied un Conseil d'administration apte à réaliser ces objectifs, je fournis les renseignements demandés suivants :

(a) Je possède des compétences ou de l'expérience dans les domaines suivants : **[veuillez cocher les éléments qui s'appliquent]**

De base : compréhension et connaissance générale ou modeste  
 Intermédiaire : compréhension et connaissance supérieure à la moyenne  
 Avancée : reconnaissance officielle, diplôme, compréhension et connaissance manifeste

De base	Intermédiaire	Avancée	Compétence ou expérience
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expérience antérieure de la gouvernance;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expérience de la planification stratégique;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expérience de la gestion et de la restructuration des organisations complexes;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	compréhension des besoins, des enjeux et des tendances du secteur des soins de santé;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	compréhension des besoins diversifiés de la région;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expérience antérieure dans le domaine médical;

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance des tendances en matière de soins de santé dans la province;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | esprit d'initiative démontré envers les besoins des patients et de leur famille;   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience des affaires et de la gestion;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience des projets de construction, y compris la gestion des projets, l'architecture et de l'ingénierie; |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience dans le domaine de l'éducation;   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | compréhension des questions fiscales et financières;   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | compréhension des questions juridiques;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience de l'éducation des professionnels de la santé;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience de la gestion des ressources humaines;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience des communications et de la technologie de l'information;   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience des relations gouvernementales et publiques;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | compréhension de l'éthique;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience concernant la qualité et la sécurité des patients;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | connaissance et expérience concernant la gestion des risques;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | compréhension des questions liées à l'équité, à la diversité, à l'inclusion et à la lutte contre l'oppression;               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre : _____  |

(b) J'occupe actuellement le poste de :

---

- (c) Langues :  Anglais  
 Français  
 Autres : \_\_\_\_\_

6. **Autoévaluation en matière de diversité.** L'Hôpital communautaire de Cornwall recueille des données démographiques afin d'analyser la diversité d'ensemble de points de vue fournis par les membres du Conseil. Reconnaissants que la race, l'ethnicité et la culture sont des constructions sociales, nous vous invitons à nous indiquer votre âge, votre identité de genre et votre orientation sexuelle ainsi que les communautés auxquelles vous vous identifiez puisque cela apporte un complément à la perspective obtenue par l'expérience et le savoir-faire.

- (a) Âge :  18 - 25  
 26 - 35  
 36 - 45  
 46 - 55  
 56 - 65  
 66 - 75  
 plus de 75  
 Préfère ne pas répondre
- (b) Genre – À quel genre vous identifiez-vous?  
 Homme  Femme  Non-binaire  Homme trans  Femme trans   
 Personne de genre queer  Je préfère me décrire moi-même : \_\_\_\_\_  
 Je préfère ne pas répondre
- (c) Orientation sexuelle – Vous considérez-vous une personne :  
 hétérosexuelle  homosexuelle  lesbienne  bisexuelle  queer   
 Je préfère me décrire moi-même : \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas répondre
- (d) Groupe racial ou ethnique :  
 Autochtone  Asiatique ou insulaire des îles du Pacifique   
 Personne noire ou afro-américaine  Personne hispanique ou latino   
 Personne blanche  Personne multiraciale   
 Non indiqué/décrire : \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas répondre
- (e) Personne handicapée oui  non  Je préfère ne pas répondre

7. **Curriculum vitae.** Je joins en annexe un exemplaire de mon curriculum vitae. **[veuillez l'annexer]**

8. **Conflits d'intérêts.** Je déclare par les présentes mon adhésion ou mon affiliation à tout organisme qui pourrait constituer un conflit d'intérêts perçu ou réel pour l'organisation :

---



---



---



---

9. **Autres exigences**

- Je consens à fournir un rapport courant de vérification de casier judiciaire lors de la nomination initiale et d'aviser sans délai le Conseil d'administration de toute modification du statut.
- Dès ma nomination initiale, je consens à fournir une preuve de vaccination complète contre la COVID-19, telle qu'elle est définie par le médecin hygiéniste de l'Ontario.

**DÉCLARATION** : Si ma demande est approuvée, j'accepte d'agir à titre d'administrateur de l'organisation et, en ma qualité d'administrateur de l'organisation, j'accepte d'agir en tout temps avec honnêteté et bonne foi dans l'intérêt de l'organisation. J'accepte également de respecter les règlements généraux, règles et politiques de l'organisation et toutes les lois en vigueur. Je comprends que la durée de mon mandat d'administrateur reste à déterminer. Je comprends parfaitement que toute erreur figurant dans ma demande pourrait entraîner le rejet de ma candidature au poste d'administrateur ou ma destitution. Je m'engage à aviser l'organisation immédiatement par écrit de toute modification aux renseignements figurant dans cette demande de candidature.

\_\_\_\_\_  
NOM DU DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_  
DATE

Numéro de téléphone où l'on peut joindre le demandeur pendant la journée : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

NDT : L'utilisation du masculin dans le présent document a pour seul but d'alléger le texte et s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les organisations sans but lucratif*. Les renseignements fournis ne seront pas utilisés à des fins autres que celles énoncées dans le présent formulaire, sauf si vous en avez donné l'autorisation. Si vous avez des questions à propos des renseignements personnels à votre sujet, veuillez communiquer avec le représentant de l'accès à l'information au 613 938-4240, poste 4700.

*This document is available in English under the title: "Application to Become a Director".*