

Application form to become a Member Donald Berman Jewish Eldercare Users' Committee

First and Last Name	Description Resident <input type="checkbox"/> Parent/Child/Spouse of Resident <input type="checkbox"/> Legal Representative of Resident <input type="checkbox"/> Member of the community <input type="checkbox"/> Other (please specify) <input type="checkbox"/>
E-mail	
Telephone number	_____ Name of resident (if not yourself) _____
Address _____ _____	
Particular interests related to Users' Committee functions (ex. communications, meetings with the administration, organizing activities, accounting, computer skills, etc.) _____ _____	
I declare that all information provided is true and I consent to be a candidate for the position of member of the Users' Committee of Donald Berman Jewish Eldercare Centre. I authorize the Users' Committee to post or publish my name, as a candidate, and forward this information to the appropriate person, in order to complete the procedures required for the election.	
Date _____	Signature of Candidate _____

Formulaire de candidature pour devenir membre Comité des usagers CHSLD juif Donald Berman

Prénom et Nom	Description Résident ou Résidente <input type="checkbox"/> Parent/Enfant/Conjoint ou conjointe d'un résident ou d'une résidente <input type="checkbox"/> Représentant légal ou représentante légale d'un résident ou d'une résidente <input type="checkbox"/> Membre de la communauté <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) <input type="checkbox"/>
Courriel	
Numéro de téléphone	Nom du résident ou de la résidente (si ce n'est pas vous)
Adresse _____ _____	
Intérêts particuliers par rapport aux fonctions du Comité des usagers (ex. communications, rencontres avec la direction, organisation d'activités, finances, compétences informatiques, etc.) _____	
Je déclare que toutes les informations fournies sont exactes et je consens à être candidat ou candidate au poste de membre du Comité des usagers du CHSLD juif Donald Berman. J'autorise le Comité des usagers à afficher ou à publier mon nom, à titre de candidat ou candidate, ainsi qu'à transmettre cette information aux personnes concernées, afin de compléter les procédures requises pour l'élection.	
_____ Date	_____ Signature du candidat ou de la candidate