



This form must be completed by all external applicants wishing to compete for vacancies at St. Boniface General Hospital. Please read the form carefully and provide the requested information as clearly as possible.

Le présent formulaire doit être rempli par toutes les personnes de l'extérieur qui désirent postuler un emploi à l'Hôpital général Saint-Boniface. Veuillez lire attentivement le formulaire et fournir les renseignements demandés le plus clairement possible.

**POSITION APPLIED FOR**  
**EMPLOI POSTULÉ**

**SHIFT WILLING TO WORK/QUARTS DE TRAVAIL ACCEPTABLES:**

**ARE YOU LEGALLY ENTITLED TO WORK IN CANADA?**  
**ÊTES-VOUS EN DROIT DE TRAVAILLER AU CANADA?**  YES OUI  NO NON

**TYPE OF EMPLOYMENT DESIRED/GENRE D'EMPLOI RECHERCHÉ:**

**ARE YOU ON A WORK PERMIT/VISA?**  
**AVEZ-VOUS UN PERMIT DE TRAVAIL?**  YES OUI  NO NON

- FULL-TIME TEMPS PLEIN  PART-TIME TEMPS PARTIEL  CASUAL OCCASIONNEL

\*IF YES, PLEASE PROVIDE A COPY/SI OUI, VEUILLEZ EN FOURNIR UNE COPIE

HAVE YOU PREVIOUSLY WORKED AT ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL?  
AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ À L'EMPLOI DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL SAINT-BONIFACE?

IF YES, DATE(S) AND POSITION(S) HELD:  
SI OUI, INDIQUEZ LA PÉRIODE D'EMPLOI ET LE POSTE OCCUPÉ: \_\_\_\_\_

- YES OUI  NO NON

**PERSONAL INFORMATION/RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NAME / NOM: \_\_\_\_\_  
FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ GIVEN NAME(S) / PRÉNOM(S): \_\_\_\_\_  
SOCIAL INSURANCE NUMBER / N D'ASSURANCE SOCIALE: \_\_\_\_\_

ADDRESS / ADRESSE: \_\_\_\_\_  
NUMBER & STREET / N ET RUE: \_\_\_\_\_ CITY / VILLE: \_\_\_\_\_ PROVINCE / PROVINCE: \_\_\_\_\_ POSTAL CODE / CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEPHONE / TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_  
HOME / RÉSIDENCE: \_\_\_\_\_ WORK / TRAVAIL: \_\_\_\_\_

**EDUCATIONAL BACKGROUND/ÉTUDES ET FORMATION**

INSTITUTION ATTENDED ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ	NAME OF INSTITUTION NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	GRADE, DEGREE, DIPLOMA OR CERTIFICATE COMPLETED NIVEAU ATTEINT, DIPLÔME OU CERTIFICAT OBTENU	AREA OF STUDY DOMAINES D'ÉTUDES
SECONDARY SCHOOL ÉCOLE SECONDAIRE			
COMMUNITY COLLEGE COLLÈGE COMMUNAUTAIRE			
UNIVERSITY UNIVERSITÉ			
POST GRADUATE ÉTUDES DE 2e ET DE 3e CYCLES			
OTHER AUTRE			

LIST OTHER SPECIAL TRAINING COMPLETED (EG. APPRENTICESHIPS, SEMINARS, CONFERENCES, WORKSHOPS, ETC.) THAT IS RELEVANT TO THE POSITION APPLIED FOR:  
INDIQUEZ TOUTE AUTRE FORMATION PERTINENTE À L'EMPLOI POSTULÉ (P.EX., PROGRAMMES D'APPRENTISSAGE, SÉMINAIRES, CONFÉRENCES, ATELIERS, ETC.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LANGUAGE SKILLS/COMPÉTENCES LINGUISTIQUES**

SPOKEN/LANGUES PARLÉES

WRITTEN/LANGUES ÉCRITES

---



---



---



---



---



---

IF YOU ARE WILLING TO VOLUNTEER YOUR LANGUAGE SKILLS AS AN INTERPRETOR TO THE HOSPITAL'S VOLUNTEER LANGUAGE BANK, PLEASE INDICATE:  
 VEUILLEZ INDIQUER SI VOUS DÉSIREZ TRAVAILLER BÉNÉVOLEMENT A TITRE D'INTERPRÈTE POUR LA BANQUE DE LANGUES DE L'HÔPITAL:

 YES  
 OUI

 NO  
 NON
**EMPLOYMENT HISTORY/ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS**

PLEASE LIST IN ORDER BEGINNING WITH PRESENT (OR LAST) POSITION FIRST. YOU DO NOT HAVE TO COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE SUBMITTING A RESUME WITH THIS APPLICATION.  
 VEUILLEZ INDIQUER LES POSTES QUE VOUS AVEZ OCCUPÉS ANTÉRIEUREMENT, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE REMPLIR CETTE SECTION SI VOTRE RÉSUMÉ EST INCLUS.

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

**ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL STATEMENT**

I certify that the statements made in the foregoing application are correct and I hereby authorize St. Boniface General Hospital or its designate(s) to contact my previous and present employer(s) for verification or references.

*Je certifie que les renseignements contenus dans la présente demande d'emploi sont exacts et j'autorise l'Hôpital général Saint-Boniface ou ses représentants à communiquer avec mon ou mes employeurs antérieurs ou actuels à des fins de vérification ou de référence.*

SIGNATURE/SIGNATURE

DATE/DATE



## Aboriginal Voluntary Self-declaration Form

Please check and complete the statement(s) most applicable to you.

- I declare I am a Status Indian/Treaty-Indian because of my tribal affiliation with the \_\_\_\_\_  
First Nation and Band (Treaty # \_\_\_\_\_).
- I declare I am a non-status Indian because of my tribal affiliation with the \_\_\_\_\_ Nation.
- I declare I am a Métis because:  
I am a member of the \_\_\_\_\_ Métis Association, or  
I am affiliated with the \_\_\_\_\_ Métis local / community
- I declare myself to be Inuk because:  
I am enrolled as a beneficiary of the \_\_\_\_\_ land claim agreement  
I am a member of the Labrador Inuit Association, or  
I am affiliated with the \_\_\_\_\_ Inuit community
- I declare myself to be an Aboriginal person because \_\_\_\_\_.

All information I have given herein is true and complete and may be verified.

Name (please print): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Note: If it is determined that any declaration made above is false, such false declaration shall constitute just cause for termination of employment.*

### Why should I self-identify as being of Aboriginal descent?

We acknowledge that some people are hesitant to indicate they are of Aboriginal ancestry on their applications due to past difficulties or challenges. Please be assured that this information is being used to

- Identify areas in which Aboriginal applicants are most successful at gaining employment
- Track the number of Aboriginal people who have applied, been interviewed and/or hired within the WRHA
- Identify gaps in Aboriginal participation that can provide a target for future initiatives

If you would like more information about voluntary self-declaration, or if you wish to withdraw your voluntary self-declaration, please contact us at 926-7092, or e-mail us at [ahri@wrha.mb.ca](mailto:ahri@wrha.mb.ca).

