

DÉCLARATION / DECLARATION

Je/nous soutenons la mission et les objectifs du Centre de santé des Autochtones de Montréal (CSAM).

I/we support the mission and objectives of the Montreal Urban Aboriginal Health Centre (MUAHC)

Nom / Name:

Signature: _____

Date: _____

Jour/Day / Mois/ Month / Année/ Year

Adresse / Address:

Ville / City/Town:

Province: _____

Code postal /Postal code: _____

Courriel / Email:

Téléphone / Phone:

OBJECTIFS / OBJECTIVES

- Offrir un environnement culturellement sécuritaire pour obtenir des soins
- Assurer l'accès aux soins de santé primaires et aux services de guérison traditionnelle
- Accroître l'utilisation des soins de santé primaires et des services de prévention par les Autochtones en milieu urbain
- Collaborer avec les autorités régionales et provinciales de santé publique dans la gestion des cas, contacts et éclosions de maladies infectieuses

- Provide a culturally safe environment for Aboriginal people to seek care
- Provide access to primary health care and traditional healing services
- Increase usage of primary health care and preventive services by urban Aboriginal people
- Collaborate with regional and provincial public health authorities for efficient infectious disease case, contact and outbreak management.

Pour plus d'information / For more info:

Carrie Martin / carrie.nwsm@gmail.com

Pascale Annoual / pca@sympatico.ca

POUR DES FINS ADMINISTRATIVES
FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES ONLY

Date reçue / Date received: _____

Approuvée / Approved: OUI / YES NON / NO

Date approuvée / Date approved: _____

de membre / Membership #: _____

Montreal Urban Aboriginal Health Centre

Membership Form 2016



Formulaire d'adhésion 2016

Centre de santé des Autochtones de Montréal

MEMBERSHIP

Please complete the following form

FULL MEMBERSHIP (VOTING)

We are an Aboriginal controlled organization or group with a significant health focus applying for full voting membership. Please specify the name of the organization or group:

I am an Aboriginal person applying for full voting membership. Please indicate whether you are First Nations, Inuit or Métis:

ASSOCIATE MEMBERSHIP (NON-VOTING)

We are an Aboriginal organization or group with an interest in Aboriginal health and support the mission and objectives of the Montreal Urban Aboriginal Health Centre, and we are applying for a non-voting membership. Please specify the name of the organization or group:

I am an individual who supports the mission and objectives of the Montreal Urban Aboriginal Health Centre and am applying for a non-voting membership.

MISSION / VISION

La vision du Centre de santé des Autochtones de Montréal est d'assurer une prestation de services en santé culturellement appropriée et efficace pour les peuples autochtones par une approche holistique offerte dans un environnement culturellement sécuritaire.

La mission du Centre de santé des Autochtones de Montréal est d'améliorer les résultats pour la santé, la qualité de vie et les déterminants sociaux de la santé des Autochtones vivant à Montréal grâce à un modèle culturellement compétent et holistique des services de santé qui soient accessibles à tous les Autochtones, dans le milieu urbain de Montréal et les régions avoisinantes, et où l'accent soit mis sur la qualité et la continuité des soins.

The vision of the Montreal Urban Aboriginal Health Centre is to ensure the provision of culturally-appropriate and effective health services to Aboriginal people through a holistic approach offered in a culturally safe environment.

The mission of the Montreal Urban Aboriginal Health Centre is to improve the health outcomes, quality of life and social determinants of health of Aboriginal people in Montreal through a culturally competent, holistic health service delivery model that is accessible to all Aboriginal people, within the urban setting of Montreal and surrounding areas, and where emphasis is placed on quality and continuity of care.

ADHÉSION / DEVENIR MEMBRE

Merci de remplir le formulaire ci-dessous.

MEMBRE À PART ENTIÈRE (VOTANT)

Nous sommes une organisation ou un groupe sous contrôle autochtone avec un objectif significatif dans la santé, postulant pour une adhésion à part entière. Spécifiez ici le nom de l'organisation ou du groupe:

Je suis une personne autochtone postulant pour une adhésion à part entière. Indiquez si vous êtes des Premières nations, inuit ou métis:

MEMBRE ASSOCIÉ (NON VOTANT)

Nous sommes une organisation ou un groupe sous contrôle autochtone avec un intérêt pour la santé des Autochtones. Nous soutenons la mission et les objectifs du Centre de santé des Autochtones de Montréal, et nous postulons pour une adhésion en tant que membre associé, non votant. Spécifiez ici le nom de l'organisation ou du groupe:

Je suis un individu qui soutient la mission et les objectifs du Centre de santé des Autochtones de Montréal, et je postule pour une adhésion en tant que membre associé, non votant.