

CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA



**DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION DE
TRAVAILLEURS DE SOUTIEN AU DIABÈTE DANS LES
COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES**

Contenu de la trousse de demande de certification de Travailleurs communautaires de soutien au diabète

FORMULAIRES	PAGE
Instructions pour remplir cette trousse de demande	3
Liste de contrôle	4
Formulaire d'assurance	6
Formulaire d'antécédents professionnels	7
Formulaire de vérification d'emploi <i>(Photocopiez le formulaire si vous avez eu différents employeurs)</i>	8
Formulaire de qualifications scolaires <i>(Photocopiez le formulaire si vous avez des études / formation de plus de 3 établissements d'enseignement)</i>	9
Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation de rechange d'un candidat	10
Formulaire d'évaluation du superviseur <i>(pages 11 à 14)</i>	11
Glossaire des termes <i>(Référence du superviseur)</i>	15
Référence du superviseur	16
Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs	17
Lettre de recommandation no 1 - Personnel <i>(À l'aide du formulaire fourni, obtenez une lettre de référence personnelle d'une personne qui vous connaît (et non un parent) depuis au moins trois ans.)</i>	18
Lettre de recommandation no 2 - Professionnel <i>(À l'aide des formulaires, obtenez une lettre de référence professionnelle d'une personne qui vous connaît depuis une année complète.)</i>	20
Formulaire de consentement <i>(divulgation de renseignements)</i>	22
Plan de mieux-être à compléter et à signer <i>(Gardez-en une copie pour vous-même)</i>	23
Le Code d'éthique de CAAPDC daté et signé	25
Où soumettre votre demande	24

Pour remplir votre demande, vous devrez également fournir d'autres documents. Une liste de contrôle complète de tous les formulaires et documents que vous devez envoyer est incluse à **la page 4**.

Instructions pour remplir cette trousse de demande

Félicitations pour avoir franchi cette étape en devenant un **travailleur communautaire certifié de soutien au diabète (CICB-DSW)** Cette trousse de demande contient tous les formulaires que vous devrez soumettre pour l'examen de votre demande.

Maintenant que vous avez téléchargé la trousse de demande, vous êtes responsable de ce qui suit :

1. remplir vos sections et rassembler tous les documents à l'appui requis
2. s'assurer que vos références, votre superviseur, vos employeurs remplissent leurs parties
3. en envoyant tout, y compris les frais de demande qui correspondent à votre situation* au bureau de CAAPDC. Il y a une liste de contrôle à la page 4 pour vous aider. Tout le matériel doit arriver dans notre bureau dans une seule enveloppe.

*Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le <http://icboc.ca/certification/icboc-certifications/diabetes-certifications/diabetes-fees/>

VEUILLEZ CONSERVER UNE PHOTOCOPIE DE LA TROUSSE DE DEMANDE DÛMENT REMPLIE POUR VOS DOSSIERS.

Pour comprendre les normes et les exigences de certification pour cette certification, veuillez demander les **résumés des normes et procédures de certification pour les travailleurs communautaires certifiés de soutien au diabète (CIVAC-DSW)** par courriel ou par télécopieur ou téléchargez-les à partir de notre site Web à l'adresse suivante :

<http://icboc.ca/certification/icboc-certifications/diabetes-certifications/diabetes-community-support/>

Si votre superviseur et vos répondants souhaitent garder leurs références confidentielles (y compris l'évaluation du superviseur), veuillez leur fournir une enveloppe (aucune n'est incluse dans la trousse de demande) avec les renseignements suivants imprimés au recto.

Exemple : pour une lettre de recommandation, l'information à l'extérieur de l'enveloppe doit porter les renseignements suivants : Lettre de recommandation pour (écrivez votre prénom et votre nom de famille)

Les documents de votre demande seront d'abord reçus, enregistrés, datés et déposés par notre coordonnateur administratif. Votre dossier de demande sera transmis à notre registraire pour examen **seulement lorsque la trousse complète** avec le chèque ou le mandat-conseil (à l'ordre du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou de CAAPDC) aura été reçue. Assurez-vous d'inclure votre adresse de retour à l'extérieur de l'enveloppe contenant votre dossier de demande.

IMPORTANT : Vous pourriez changer d'adresse au cours des deux années précédant le renouvellement de votre certification, et nous ne serons pas en mesure de vous contacter à l'ancienne adresse. **N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse futur.**

Si vous avez des questions concernant la trousse de demande, les exigences en matière de formation ou au sujet de CAAPDC, veuillez nous appeler au 450-983-8444 par courriel à admin@icboc.ca ou registrar@icboc.ca

Nous sommes impatients de recevoir votre dossier de candidature et de vous aider de toutes les manières possibles.

Le conseil d'administration et le personnel de CAAPDC

Liste de contrôle

Vous êtes responsable de soumettre **TOUS les** formulaires suivants au registraire à l'adresse indiquée à la page 24. **Veillez visiter notre site Web pour d'autres informations et documents liés à cette certification (www.icboc.ca).**

	Formulaire de renseignements personnels
	Formulaire d'assurance
	Formulaire d'antécédents professionnels
	Formulaire de vérification de l'emploi
	Formulaire de qualifications scolaires
	Copie de vos certificats ou diplômes d'établissements d'enseignement
	Copie de vos relevés de notes avec le nombre d'heures de cours pour chaque cours
	Rapport de stage/stage (s'il y a lieu)
	Photocopie des certificats documentant toute autre formation que vous avez complétée
	Formulaire d'éducation et de formation concernant les exigences de certification
	Déclaration concernant la vérification de la formation
	Description de poste complète actuelle
	Formulaire d'évaluation du superviseur
	Lettres de recommandation no 1 - référence personnelle
	Lettres de recommandation no 2 - référence professionnelle
	Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs
	Formulaire de consentement (<i>divulgation de renseignements</i>)
	Achèvement et signature d'un plan de mieux-être personnel
	Code d'éthique daté et signé
	Paiement des frais de certification*, sous la forme d'un chèque ou d'un mandat, payable au Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou CAAPDC

*Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le <http://icboc.ca/certification/icboc-certifications/diabetes-certifications/diabetes-fees/>

Tous les formulaires requis qui composent la trousse de demande doivent être reçus par le registraire sous la forme **d'une trousse complète** afin que nous entriez traiter votre demande. Conservez les originaux de vos certificats, ainsi qu'une copie des autres documents dans votre demande pour vos propres dossiers.

Si vous avez besoin de plus d'informations ou d'aide, veuillez contacter le bureau de CAAPDC au 450-983-8444 ou par courriel à registrar@icboc.ca ou admin@icboc.ca

L'adresse pour soumettre votre demande est fournie à la page 24

Renseignements personnels

Très important : Veuillez vous assurer que vos coordonnées peuvent être lues clairement pour éviter les erreurs lorsque nous souhaitons communiquer avec vous par la poste, par courriel ou par téléphone. Une adresse e-mail facilite la communication.

NOM COMPLET DU DEMANDEUR _____
Prénom Milieu Nom

AUSSI CONNU SOUS LE NOM DE _____

ADRESSE DOMICILIAIRE _____
Rue

_____ Ville province Code postal

TÉLÉPHONE À LA MAISON (____) _____ COURRIEL _____

EMPLOYEUR ACTUEL _____

ADRESSE D'AFFAIRES _____
Rue

_____ Ville province Code postal

TÉLÉPHONE D'AFFAIRES (____) _____ COURRIEL _____
Courriel de travail

POSTE ACTUEL _____

AFFILIATION/ORGANISATION DES PREMIÈRES NATIONS _____

Veillez cocher votre point de contact préféré

BUREAU À DOMICILE

J'atteste que je présente volontairement cette demande et que je me soumetts librement à l'évaluation du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. J'accepterai la décision de CAAPDC et j'accepterai l'entière responsabilité de toutes les conséquences du processus de demande de certification.

En tant que travailleur de soutien en cas de diabète dans les collectivités autochtones inscrit à CAAPDC, j'accepte de respecter et de respecter les politiques, les procédures, le code d'éthique et les décisions du conseil d'administration et de ses agents. Ce « Code d'éthique » définit les responsabilités envers soi-même, la famille, les collègues, les clients, le public et les Nations.

À ma connaissance, les informations contenues dans le présent document sont vraies et correctes.

J'autorise les membres ou les représentants de CAAPDC à contacter et à obtenir des informations de toute référence, employeur ou établissement d'enseignement jugé nécessaire dans l'évaluation de cette demande.

Je renonce à mon droit d'examiner les résultats de telles demandes de renseignements faites aux références, aux employeurs ou aux établissements d'enseignement. Je renonce à mon droit d'examiner toute lettre d'approbation ou référence personnelle. Je renonce à mon droit d'examiner le compte rendu des délibérations de la Commission lors de l'examen de la présente demande.

DATE : _____ SIGNATURE _____

NOM D'IMPRESSION : _____

NOM DU DEMANDEUR _____

DATE _____

Antécédents professionnels

Candidat : Veuillez énumérer les postes rémunérés à temps plein, en commençant par votre poste actuel et en revenant consécutivement pour au moins **cinq postes et / ou cinq ans**.

1. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____

TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année

PRINCIPALES FONCTIONS _____

2. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____

TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année

PRINCIPALES FONCTIONS _____

3. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____

TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année

PRINCIPALES FONCTIONS _____

4. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____

TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année

PRINCIPALES FONCTIONS _____

5. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____

TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année

PRINCIPALES FONCTIONS _____

NOM DU DEMANDEUR _____ DATE : _____

Formulaire de vérification de l'emploi

Demandeur : Si une vérification par plus d'un employeur est requise pour satisfaire à la norme d'expérience de travail des travailleurs de soutien en diabète communautaires certifiés, veuillez photocopier ce formulaire et le faire remplir par ces autres employeurs.

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du demandeur dont le nom apparaît en haut de cette page et qui présente une demande au Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada pour obtenir la certification en tant que travailleur de soutien communautaire autochtone en diabète. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant des compétences en matière de bien-être et de toxicomanie. **Veillez retourner le formulaire rempli et signé au demandeur, si vous préférez, vous pouvez le retourner dans une enveloppe scellée.** Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

Nom de l'organisation employeur _____

Adresse _____ Téléphone _____

Ville _____ Province/territoire _____ Code postal _____

Nom de l'employeur ou du superviseur (imprimé) _____

Titre professionnel : _____

Position du demandeur _____ Employé à partir de _____ Pour _____
mois/jour/année mois/jour/année

Principales fonctions _____

Autres postes précédemment occupés par le candidat dans votre organisation (le cas échéant) :

1. Titre du poste _____ Employé à partir de _____ Pour _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

2. Titre du poste _____ Employé à partir de _____ Pour _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

Signature du superviseur : _____ Date : _____

NOM DU DEMANDEUR _____ DATE : _____

Qualifications scolaires

Dans l'espace ci-dessous, veuillez fournir des informations sur votre formation. *Veuillez noter qu'il existe des différences provinciales dans le système d'éducation canadien aux niveaux secondaire et postsecondaire. Veuillez préciser vos titres de compétences universitaires.

A. Enseignement secondaire : (case à cocher appropriée)

Diplôme d'études secondaires GED Autres* _____
(veuillez préciser)

B. Études postsecondaires :

Avez-vous suivi un programme d'études postsecondaires ? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez fournir des détails pour chaque programme d'études postsecondaires :

Nom de l'université ou du collège :

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

Nom de l'université ou du collège : _____

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

Nom de l'université ou du collège : _____

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

CAAPDC - Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation alternatifs d'un candidat

En tant qu'organisme de certification autochtone fondé sur la culture, CAAPDC reconnaît que, pour diverses raisons, il est parfois difficile de suivre une formation en dehors de la communauté. Nous croyons que les connaissances et les compétences peuvent également être acquises par d'autres moyens.

Nous encourageons les employeurs et les superviseurs à encourager le partage des connaissances qui existent déjà sur le lieu de travail. La création d'une communauté ou d'un cercle d'apprentissage en milieu de travail est un excellent moyen d'améliorer les connaissances individuelles et collectives.

IMPORTANT : Veuillez lire, utiliser et remplir attentivement ce formulaire, comme indiqué. **À défaut de le faire, les formulaires seront annulés.**

- **N'utilisez pas ce formulaire pour toute formation offerte par des formateurs/facilitateurs externes.** Si vous avez suivi une formation interne, dispensée par des facilitateurs externes, veuillez demander des certificats et les soumettre avec votre demande
- Utilisez **UN** formulaire pour chaque type de situation et de signataire – photocopiez le formulaire au besoin

Veuillez utiliser ce formulaire pour documenter uniquement les heures de **formation acquises par les trois (3) autres moyens énumérés** ci-dessous. **Assurez-vous qu'il est rempli au besoin par une personne qualifiée pour le signer** (employeur, Aîné, directeur exécutif, superviseur, coordonnateur de la formation, gestionnaire des ressources humaines ou toute autre personne responsable de la formation du personnel et qui peut être contactée). **Un maximum de 26 heures pour tous les apprentissages acquis dans une ou toutes les situations énumérées sera accepté.** Dans le cas de votre renouvellement de certification, cela pourrait représenter plus de la moitié des 40 heures requises :

Situation 1. Participation à des activités culturelles/traditionnelles **dans le cadre de votre travail de guérison avec les clients.**

Situation 2. Les enseignements ou les conseils culturels que vous avez reçus **d'un Aîné à votre lieu de travail, au cours de votre horaire de travail.**

Situation 3. **Vous avez vous-même offert une formation à l'interne à vos collègues, à vos clients ou au public.** Dans ce cas, veuillez également soumettre à la fois une copie de la description de la session de formation, y compris le titre, les objectifs d'apprentissage, la description du contenu et l'ordre du jour.

Date de la présente déclaration		Nom du demandeur	
Nom de l'organisation ou de l'organisme employeur			
Nom de la personne qualifiée pour signer cette déclaration			
Titre du poste de la personne qui signe cette déclaration			
Téléphone		Courriel	
Liste des formations suivies par ce demandeur			
Date de la formation	Titre de la session de formation		Heures d'ouverture
Remarque : Si vous avez besoin de plus d'espace pour énumérer la formation à laquelle le candidat a assisté ou terminé, veuillez photocopier cette page. Veillez vous assurer que la section déclaration ci-dessous est remplie.			
DÉCLARATION			
Je, soussigné, affirme que je suis la personne qualifiée pour fournir cette lettre de déclaration et que j'ai vérifié la formation reçue par le demandeur susmentionné. Je déclare que les renseignements fournis dans cette lettre sont exacts et véridiques.			
Signature de la personne qualifiée _____			
Date _____		Numéro de téléphone _____	
Année Mois Jour			

Formulaire d'évaluation du superviseur (pages 11 à 14)

NOM DU DEMANDEUR : _____

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du demandeur dont le nom apparaît ci-dessus et qui présente une demande de certification à la Commission de certification autochtone du Canada en tant que travailleur de **soutien en cas de diabète communautaire autochtone**. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant les compétences requises dans leur description de travail. **Veillez retourner le formulaire dûment rempli et signé au demandeur, si vous préférez, le retourner au demandeur dans une enveloppe scellée.** Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUPERVISÉ LE DEMANDEUR (doit être d'au moins six mois) : _____

Veillez indiquer le pourcentage de temps que le demandeur passe à partager ses connaissances et à fournir des soins sur le diabète au cours d'une semaine de travail dans les domaines suivants :

Promotion de la santé % Prévention du diabète % Sensibilisation communautaire % Prestation de soins (soins des pieds) %

IMPORTANT : Veuillez placer une croix (x) dans la case qui reflète le plus fidèlement le niveau de connaissances, de compétences ou de compétences du candidat pour chacun des énoncés

Clé de notation : 1 = Besoin de plus de formation / expérience 2 = Adéquat 3 = Bon 4 = Excellent

CIVAC-DSW – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DE BASE				
Anatomie de base et processus physiologiques liés au diabète	1	2	3	4
Connaissance de l'anatomie humaine et des systèmes physiologiques				
Connaissance des processus physiologiques liés au diabète				
Capacité d'identifier les tests médicaux qui sont utilisés pour diagnostiquer le diabète				
Pathophysiologie de base	1	2	3	4
Connaissance de la différence entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2				
Capacité d'identifier les signes et les symptômes du prédiabète et du diabète gestationnel				
Capacité d'identifier les causes, les facteurs de risque du diabète de type 1 et de type 2				
Connaissance des signes et symptômes de l'hyperglycémie				
Connaissance des signes et symptômes de l'hypoglycémie				
Connaissance des complications courantes du diabète				
Épidémiologie du diabète dans les communautés autochtones du Canada	1	2	3	4
Connaissance de la prévalence du diabète dans la communauté				
Connaissance des facteurs de risque élevé qui caractérisent les peuples autochtones au Canada				
Capacité d'identifier les personnes et les familles à risque de complications				
Connaissance de l'impact du prédiabète et du diabète dans la communauté				
Concepts de promotion de la santé et de prévention du diabète	1	2	3	4
Connaissance des approches de prévention du diabète et de réduction des risques				
Connaissance des approches physiques, mentales et psychologiques du bien-être				
Capacité de cerner les obstacles à la prévention du diabète et à la réduction des risques au sein de la collectivité				
Connaissance des approches traditionnelles de la prévention et du traitement du diabète				
Impact psychosocial du diabète sur les individus, les familles et les communautés	1	2	3	4
Capacité d'identifier les impacts psychologiques et sociaux du diabète sur la personne touchée				
Capacité d'identifier les impacts psychologiques et sociaux du diabète sur la famille touchée				
Capacité de cerner les répercussions sociales du diabète sur la collectivité				
Connaissance des ressources communautaires disponibles pour aider les personnes et les familles à faire face aux impacts psychosociaux du diabète				
Marquer cette page				

CIVAC-DSW – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DE BASE				
Éducation de base des clients en matière d'autogestion et de soins du diabète	1	2	3	4
Sensibilisation aux mythes courants associés au diabète et aux soins du diabète				
Sensibilisation aux obstacles psychologiques possibles que les personnes et les familles peuvent avoir en ce qui concerne les médicaments contre le diabète, les autosoins et la réception de soins				
Connaissance des médicaments les plus couramment prescrits pour le diabète et de leur prise en charge				
Connaissance de la surveillance de la glycémie				
Capacité d'aider les personnes et leur famille à élaborer et à mettre en œuvre un plan de soins et de bien-être pour le diabète				
Introduction aux soins des pieds	1	2	3	4
Connaissance de l'impact du diabète sur les pieds				
Capacité d'identifier un pied diabétique				
Connaissance des blessures au pied qui nécessitent des soins médicaux				
Connaissance des différentes composantes incluses dans les soins de base des pieds				
Connaissance de zones particulières du pied nécessitant des soins spécifiques				
Connaissance des limites à respecter en ce qui concerne l'étendue des soins des pieds à fournir dans le contexte de sa position en tant que travailleur communautaire de soutien au diabète				
Score				
SCORE TOTAL CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DE BASE				
CIVAC-DSW - CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES GÉNÉRALES				
La communication	1	2	3	4
Capacité d'établir une relation de soutien avec les personnes atteintes de diabète et leur famille				
Capacité de communiquer de l'information d'une manière claire et facile à comprendre				
Capacité de communiquer avec une variété de personnes et d'organisations de la communauté en faisant preuve de tact, de diplomatie, de jugement, de discrétion et d'honnêteté.				
Capacité d'appliquer le concept d'intelligence émotionnelle lors de l'interaction avec les autres				
Capacité de présenter l'information dans une variété de formats				
Posséder de bonnes capacités d'écoute avec la capacité d'empathie et d'établir des relations avec les autres				
Éthique professionnelle	1	2	3	4
Connaissance du concept d'éthique et de son application dans un contexte professionnel				
Connaissance et respect du code d'éthique de CAAPDC				
Connaissance et adhésion à l'éthique professionnelle en place sur le lieu de travail				
Score				
SCORE TOTAL CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES GÉNÉRALES				
CONNAISSANCE DES 6 FONCTIONS DE BASE D'UN CICB-DSW				
Promotion de la santé	1	2	3	4
Connaissance du rôle d'un travailleur communautaire de soutien au diabète dans le domaine de la promotion de la santé				
Capacité de déterminer les mesures qui peuvent être prises pour promouvoir la santé et le bien-être à l'échelle communautaire				
Capacité de déterminer les mesures qu'une personne ou une famille en particulier peut prendre pour atteindre un niveau amélioré de santé et de bien-être				
Sensibilisation de la collectivité	1	2	3	4
Capacité d'organiser des activités d'éducation et de sensibilisation qui favorisent le bien-être en tête-à-tête, auprès de groupes ou de familles				
Capacité d'organiser une visite à domicile sur demande ou si cela est jugé approprié				
Volonté de rencontrer les gens là où ils se trouvent et, si nécessaire, après les heures de travail.				
Capacité de faciliter l'accès aux services dont les personnes et les familles touchées par le diabète ont besoin				
Marquer cette page				

Partage des connaissances	1	2	3	4
Capacité de partager l'information sur le diabète fournie par des professionnels du diabète qualifiés avec la communauté				
Capacité de communiquer les principes de base actuels et traditionnels à jour de la relation saine avec les aliments				
Capacité de fournir des ressources précises et appropriées matériel éducatif sur le diabète pour tous les âges et tous les types de diabète				
Capacité d'encadrer les individus et leur famille dans l'autogestion de leur diabète				
Capacité d'identifier et de communiquer la disponibilité de choix alimentaires sains				
Renvois	1	2	3	4
Capacité de connaître ses limites et d'orienter ceux qui cherchent de l'information et des conseils vers des professionnels qualifiés				
Connaissance des ressources et des services disponibles à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté pour la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi des problèmes de diabète				
Capacité de faire correspondre les références aux besoins des personnes et des familles				
Activités de plaidoyer	1	2	3	4
Comprendre les lacunes dans le soutien et les services en matière de diabète pour les personnes et les familles touchées par le diabète qui existent dans la communauté				
Compréhension des obstacles qui empêchent l'accès au soutien et aux services liés au diabète pour les personnes et les familles touchées par le diabète à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté				
Capacité de développer des alliances avec des groupes travaillant pour le changement ainsi qu'avec des personnes qui ont une expertise culturelle pertinente aux questions				
Capacité de tirer parti de l'influence des alliés pour faire face aux obstacles et mettre en œuvre les changements nécessaires				
Prestation des soins	1	2	3	4
Connaissance du type de soins dont ont besoin les personnes de la collectivité touchées par le diabète				
Collaborer avec des professionnels qualifiés pour s'assurer que la communauté est au courant des conseils et des services de soins du diabète disponibles à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté				
Capacité de fournir des soins des pieds limités aux personnes de la communauté qui sont touchées par le diabète				
Score				
Total Score Fonctions de base				
COMPÉTENCE CULTURELLE				
Connaissance des approches culturelles du diabète	1	2	3	4
Connaissance des aliments traditionnels et de leur utilisation dans la réduction du risque de diabète				
Capacité de mettre en œuvre et d'intégrer la culture, les croyances, les valeurs et les traditions dans les interventions				
Comprendre les impacts positifs des soins culturellement appropriés sur le rétablissement et le bien-être				
Connaissance et compréhension des répercussions de la colonisation sur les peuples autochtones				
Compétences linguistiques autochtones	1	2	3	4
Est actuellement inscrit à un programme de formation en langue maternelle				
Connaissance et capacité de communiquer avec les clients dans une langue autochtone				
Score				
Score total Compétence culturelle				

Lettre¹ de déclaration des employeurs concernant les demandeurs Vérification du casier judiciaire

CAAPDC n' exige **pas** de vérification du casier judiciaire dans le cadre de notre processus de certification. La responsabilité de s'assurer que des vérifications sont effectuées pour protéger la sécurité et le bien-être des clients incombe à l'employeur. Pour en savoir plus sur la politique de CAAPDC sur la vérification du casier judiciaire, veuillez contacter CAAPDC.

LETTRE DE DÉCLARATION CONCERNANT LA VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE D'UN DEMANDEUR QUI PRÉSENTE UNE DEMANDE DE CERTIFICATION AUPRÈS DE CAAPDC

Nom de l'applicant _____

Nom de l'organisation ou de l'institution où le candidat est employé _____

Nom de l'employeur _____

Je, _____ affirme que je suis l'employeur du demandeur.

Je déclare en outre que, conformément à toutes les lois applicables, une vérification du casier judiciaire a été effectuée sur le demandeur avant le début de l'emploi et / ou dans les 90 jours suivant la demande d'accréditation et que, en tant qu'employeur, je suis convaincu que le demandeur ne pose aucun risque pour les clients.

Je confirme que je suis la personne autorisée à signer cette déclaration et que les renseignements que j'ai fournis dans cette déclaration sont exacts et complets.

Signature de l'employeur _____

Date : _____

¹ Par « employeur », on entend toute personne qui est légalement responsable d'assurer la vérification des vérifications du casier judiciaire de tous les employés et qui est autorisée à signer la présente déclaration

Lettre de recommandation personnelle no 1

À l'appui d'une demande de certification en tant que travailleur de soutien communautaire autochtone en diabète

NOM DU DEMANDEUR : _____

La personne nommée ci-dessus a présenté une demande de certification en tant que travailleur de soutien en diabète communautaire autochtone auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Veillez ne pas fournir ces informations à moins que vous ne connaissiez personnellement le demandeur depuis au moins trois ans.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR : _____

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (encerclez l'un des éléments énumérés)

Ami Collègue de travail Superviseur Non parenté

Veillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Professionnalisme _____

3. Standing communautaire _____

4. Engagement envers les personnes et les familles touchées par le diabète _____

7. Activités bénévoles _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente _____

S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature : _____

Date _____

Veillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.

Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 1)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenir compte des habitudes de travail, comme le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la collectivité

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les personnes et les familles touchées par le diabète

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Lettre de recommandation professionnelle no 2

À l'appui d'une demande de certification en tant que travailleur de soutien communautaire autochtone en diabète

NOM DU DEMANDEUR : _____

La personne nommée ci-dessus a présenté une demande de certification en tant que travailleur de soutien en diabète communautaire autochtone auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Veillez ne pas fournir ces informations à moins que vous ne connaissiez le candidat professionnellement depuis au moins six mois.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR : _____

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (encerclez l'un des éléments énumérés)

Ami Collègue de travail Superviseur Non parenté

Veillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Professionnalisme _____

3. Standing communautaire _____

4. Engagement envers les personnes et les familles touchées par le diabète _____

Lettre de recommandation professionnelle no 2 (deuxième page)

7. Activités bénévoles _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente

S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature : _____

Date _____

Veillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.

Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 1)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenir compte des habitudes de travail, comme le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la collectivité

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les personnes et les familles touchées par le diabète

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Formulaire de consentement

Consentement à la divulgation de renseignements

Je, _____, de _____
Imprimer le nom de l'employé Imprimer le nom de l'employeur ou de l'organisation

par la présente, autorise et consent à la divulgation d'informations ou de documents relatifs à ma demande de certification à des personnes que CAAPDC pourrait avoir besoin de consulter aux fins de la certification, **sauf** aux personnes / et / ou organisations nommées ci-dessous (écrivez une liste des noms de personnes ou d'organisations à qui CAAPDC **ne devrait pas** divulguer vos informations) :

Si vous autorisez CAAPDC à divulguer des informations, vous pouvez toujours choisir de limiter les informations divulguées. Indiquez ci-dessous les informations que vous ne souhaitez pas être libéré :

Ce consentement à la divulgation d'informations peut être retiré à tout moment sur demande écrite adressée au Conseil de certification et / ou il expirera à la date d'expiration de votre certification CAAPDC

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature du témoin : _____

Remarque : Le Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ne vous inclura pas dans son Registre des professionnels certifiés si nous n'avons pas ce formulaire de consentement de votre part.

Plan de mieux-être personnel

Cercle de vie

Tous les **travailleurs communautaires certifiés en matière de diabète** auront un plan personnel de santé et de bien-être. Ce plan est un plan d'action quotidien continu qui maximise le potentiel de l'individu dans chaque quadrant du Cercle de vie.

Vous trouverez ci-dessous une liste pour vous aider à élaborer votre plan de mieux-être personnel. Utilisez-le chaque jour, gardez à l'esprit cet équilibre dans votre propre vie est votre propre responsabilité qui reflète votre crédibilité.

« Ma Sagesse de Choix est mon grand cadeau reçu du Créateur. Je m'inspire des enseignements et de la sagesse des aînés que je connais et que je respecte. Leurs idées fournissent la vision dont j'ai besoin pour découvrir mon but.

Apportez des modifications, des ajouts ou des modifications à la liste ci-dessous, c'est un guide conçu pour vous aider à démarrer.

1. Énumérez ce qui est nécessaire pour rester équilibré dans chacun de vos quatre quadrants.
2. Prenez le temps de considérer les sentiments, les actions et les pensées communs qui soutiennent votre bien-être total.

Exemples :

a. Forces

Compétences en relations humaines, douceur, sens de l'humour, perspicacité, respect, vision, espoirs et rêves, dévouement, engagement, compétences, expérience, connaissances.

b. Spirituel

Cérémonies traditionnelles/culturelles, prière, lectures spirituelles, méditation.

c. Émotionnel

Pratiques culturelles, guérison, environnement de travail, aventure, repos et détente, sentiments, vertus, croyances, valeurs, estime de soi.

d. Physique

Aliments nutritifs, exercice, corps et environnement propres, non-fumeurs, sans alcool, sans drogues, rapports sexuels protégés.

e. Mental/Social/Culturel

Vie professionnelle, vie scolaire, social et amusant, connaissances financières, connaissances en santé, pratiques culturelles. La famille nucléaire et élargie, les relations, les vieux et les nouveaux amis, les nouvelles informations, l'expression de soi, la gestion de la colère.

Mon plan de mieux-être personnel

Mon nom : _____ Date : _____ Signature : _____

A. Mes **Forces**: _____

Qu'est-ce qui peut m'empêcher d'utiliser mes forces pour atteindre les objectifs que je choisis pour moi-même : _____

B Pour mon bien-être **Spirituel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____
2. _____
3. _____

C. Pour mon bien-être **Émotionnel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____
2. _____
3. _____

D. Pour mon bien-être **Physique** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____
2. _____
3. _____

E. Pour mon bien-être **Mental** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____
2. _____
3. _____

CODE D'ÉTHIQUE DE CAAPDC

Ce « code d'éthique » que nous choisissons de respecter repose sur l'intégrité culturelle de la philosophie traditionnelle de guérison autochtone. Veuillez le signer et le dater, et le soumettre avec votre demande

- Maintenir un mode de vie sain pendant notre mandat en tant que professionnels certifiés autochtones.
- Efforcez-vous d'intégrer les enseignements spirituels de nos ancêtres dans notre vie quotidienne.
- Assumer la responsabilité personnelle de la croissance continue grâce à l'éducation, à la formation et à un plan de bien-être de développement.
- Soyez dédié à l'objectif principal de maintenir le bien-être optimal du client.
- Montrez un véritable intérêt à aider et à servir les personnes ayant des problèmes de diabète et soyez dédié au concept de bien-être, de récupération et de guérison holistique.
- Honorer les enseignements culturels et traditionnels qui permettent aux clients de choisir un mode de vie sain.
- Reconnaître la valeur thérapeutique de l'humour.
- Accepter et montrer du respect pour la diversité de tous les peuples et honorer leur race, leur couleur, leurs croyances, leur âge, leur orientation sexuelle, leurs pratiques et leurs points de vue culturels et spirituels.
- Respectez le client en maintenant une relation professionnelle objective en tout temps. Évitez les relations doubles en tout temps.
- Protéger la confidentialité de tous les renseignements acquis par des professionnels. La divulgation de ces renseignements n'est faite que lorsque la loi l'exige ou le permet, ou lorsque les clients ont consenti à la divulgation. Cela comprend tous les documents, documents et communications.
- S'engager à fournir un service de la plus haute qualité possible. Cela est démontré par l'interaction professionnelle continue avec les clients, leur famille et la communauté
- Au besoin, avoir recours à d'autres professionnels de la santé et/ou à d'autres services pour aider et guider le client dans son rétablissement et son bien-être.
- Évaluer les forces, les limites, les préjugés et l'efficacité personnels et professionnels et être prêt à reconnaître quand il est dans l'intérêt du client de les diriger ou de les libérer vers d'autres personnes ou programmes de soutien.
- Être respectueux, travailler au sein de l'établissement et s'efforcer d'améliorer les politiques institutionnelles et les fonctions de gestion.
- Respectez toutes les politiques, codes d'éthique, code de conduite et toute autre clause, réglementation, stipulation en vigueur sur votre lieu de travail et que vous êtes responsable d'appliquer dans votre vie personnelle et / ou professionnelle
- Assurer la sécurité et le bien-être des clients en respectant toutes les lois fédérales et/ou provinciales applicables du Canada concernant les vérifications du casier judiciaire.

Signature de la signature

Date : _____

Nom (veuillez imprimer)

OÙ SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Si vous avez des questions ou avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter, nous sommes là pour vous aider.

Veillez envoyer votre demande, avec les frais de certification* à l'adresse suivante. Chèques et mandats à faire à CAAPDC.

Registrar, ICBOC

C.P. 3999

Kanehsatake (Québec)

Téléphone : 450-983-8444

Courriel : registrar@icboc.ca

Site Web : www.icboc.ca

*Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le <http://icboc.ca/certification/icboc-certifications/diabetes-certifications/diabetes-fees/>