ORDER OF ST. JOHN - PRIORY OF CANADA
ORDRE DE SAINT-JEAN - PRIEURÉ DU CANADA
Organ Donor Award - Nomination Form
Prix de reconnaissance pour le don d'organe - Formulaire de mise en candidature

Submitting Council / Conseil soumettant	ALL SUBMISSIONS MUST BE KEPT **CONFIDENTIAL** TOUTES LES SOUMISSIONS DOIVENT DEMEURER **CONFIDENTIELLES**
Drop Down Menu/ Menu déroulant	

Criteria for Nomination	**Critères de mise en candidature**
St. John Ambulance recognizes individuals, deceased or living, who have saved or attempted to save a life by donating solid organs (heart, lungs, kidneys, liver, pancreas, or small bowel) or tissues (corneas, heart valves, tendons, skin, and bone).	Ambulance Saint-Jean reconnaît les personnes, décédées ou vivantes, qui ont sauvé ou tenté de sauver une vie en faisant un don d'organe solide (cœur, poumons, reins, foie, pancréas ou petit intestin) ou de tissus (cornées, valves cardiaques, tendons, peau et os).

! This form, once completed, must be submitted directly to your St. John Ambulance National Office. There is no deadline submissions may be made at any time.
! Une fois rempli, ce formulaire doit être envoyé directement au siège national de l'Ambulance Saint-Jean. Il n'y a pas de date limite : vous pouvez l'envoyer à tout moment.

1. Details of Donor | Détails du donneur

Full name | **Nom complet**			
Donor status | **État du donneur**	☐ Deceased / Décédé(e) ☐ Living / Vivant(e)		
Gender | **Genre**		**Age** | **Âge**	
Telephone | **Téléphone**			
Email | **Courriel**			

2. Details of Recipient (Optional) | Détails du receveur (facultatif)

Full name | **Nom complet**			
Gender | **Genre**		**Age** | **Âge**	
Email | **Courriel**			
Telephone | **Téléphone**			

3. Particulars of the Donation | Détails relatifs au don

Date | **Date**	
Hospital | **Hôpital**	
City & Province | **Ville et province**	

4. Description of Donation (300 words max) | Description du don (300 mots maximum)

⚠ Summarize the circumstances of the donation below. Attach a separate sheet if more space is required.
⚠ Veuillez résumer les circonstances du don ci-dessous. Joindre une feuille distincte si l'espace est insuffisant.

5. Supporting Documentation | Pièces justificatives

⚠ Provide supporting documentation obtained from the relevant Provincial Organ Donor Agency, and from the hospital if available. List all documentation provided below.

⚠ Veuillez fournir toutes les pièces justificatives obtenues auprès de l'organisme provincial responsable du don d'organe et de l'hôpital, dans la mesure du possible. Énumérez ci-dessous tous les documents fournis.

#	Document description / Description du document	Attached? | Joint?
1		☐ Yes/Oui ☐ No/Non
2		☐ Yes/Oui ☐ No/Non
3		☐ Yes/Oui ☐ No/Non

6. Nominator (Person submitting this form) | Proposant (Personne soumettant ce formulaire)

Last name | Nom		**First name | Prénom**	
Telephone | Téléphone			
Email | Courriel			
Connection to donor | Lien avec le donneur			

Privacy Statement | Énoncé de confidentialité

St. John Ambulance respects your right to privacy. We only collect personally identifiable information that is willingly provided by you when completing this form. St. John Ambulance will use the name of the nominee and the details of the circumstances solely for the purpose of awarding this recognition. We do not publicize or reveal the name(s) of the recipient(s). Records are maintained for internal reporting purposes only. We will not share identifying information unless you specifically authorize us to do so.	Ambulance Saint-Jean respecte votre droit à la vie privée. Nous recueillons uniquement les renseignements personnels que vous nous fournissez volontairement au moyen du présent formulaire. Le nom du/de la candidat(e) et les circonstances du don ne sont utilisés qu'aux fins de remise de cette reconnaissance. Nous ne publierons et ne révélerons jamais le(s) nom(s) du/de la (des) receveur(s). Les dossiers connexes sont conservés uniquement à des fins de production de rapports internes. Nous ne partagerons aucun renseignement personnel sans avoir obtenu votre consentement préalable.

I authorize St. John Ambulance to use the information as described above. | J'autorise l'Ambulance Saint-Jean à utiliser les renseignements comme décrit ci-dessus.

Nominator signature | Signature du proposant		**Date** *(YY-MM-DD / AA-MM-JJ)*	

Questions?
Contact National Office
400-1900 City Park Drive, Ottawa ON K1J 1A3
613-236-7461 | nationalawards@sja.ca | www.sja.ca