

CHES SCISS

Canadian Healthcare
Engineering Society

MARITIME CHAPTER



Société canadienne d'ingénierie
des services de santé

CHAPITRE MARITIME

The Maritime Chapter of CHES assists financially in education programs that will enhance and improve our members and their immediate family members (i.e. daughters, sons, nieces, nephews, spouse and or you). The intent is to consider, in advance, applications for course registration at community colleges, universities, and correspondence schools throughout the Provinces.

APPLICATION FOR EDUCATIONAL TUITION GRANT

APPLICANT NAME: _____ RELATIONSHIP: _____

MEMBER NAME: _____ POSITION: _____

HOSPITAL: _____

ADDRESS: _____

DETAILS OF POST-EDUCATIONAL PLANS:

COLLEGE/ UNIVERSITY/OR OTHER: _____

ADDRESS: _____

COURSE TITLE: _____

LENGTH OF COURSE- STARTS: COMPLETION: _____

CERTIFICATE COURSE: YES NO _____

RELATED COSTS THAT MAY BE CONSIDERED:

| | | |
|----------------------|----|-------|
| Tuition | \$ | _____ |
| Books | \$ | _____ |
| Residence | \$ | _____ |
| Living allowance | \$ | _____ |
| Travel related costs | \$ | _____ |

DATE REQUIRED (Y-M-D) _____

Note: Only actual costs expended, up to the bursary amount, will be considered.

Please include here any additional information that would assist the Bursary Committee in scoring your application. For example, reasons for selecting this course; short and long-range goals; community service and volunteerism. Preference is given to programs that could lead into a career in engineering and facility management, possibly leading to a future in a healthcare environment.

Please attach an electronic photo of the applicant, a short biography, and a copy(s) of the letter of acceptance from the education institution(s).

| |
|---|
| FOR Bursary COMMITTEE ONLY: Date:(Y-M-D) _____ Date:(Y-M-D) _____ APPROVED: YES: _____ NO: _____ TOTAL AMOUNT \$ _____ IF NO, PLEASE EXPLAIN: _____ _____ _____ _____ Bursary COMMITTEE CHAIRMAN AUTHORIZATION: |
|---|

Either Mail This Completed Application Form To:
[Canadian Healthcare Engineering Society Maritime Chapter](#)
[c/o Helen Comeau](#)
[Saint John Regional Hospital](#)
[400 University Ave Saint John, NB E2L 4L2](#)

Or email a PDF a copy to Helen.Comeau@HorizonNB.ca

Note: Closing Date for applications is April 14, 2023. All applications must be post marked or e-mailed by this date.

| |
|---|
| NOTE: Approval of any application is subject to the sole discretion of the chapter's Bursary Committee. Some guidelines do apply and the program is subject to the availability of funds. The maximum grant total is limited to \$ 1000.00 per year for any regular member or member-sponsored applicant, and includes all sessions needed to finish a complete program course. Courses must be successfully completed for reimbursement within 12 months of application date. |
|---|

CHES SCISS

Canadian Healthcare
Engineering Society

MARITIME CHAPTER



Société canadienne d'ingénierie
des services de santé

CHAPITRE MARITIME

Le Chapitre Maritime de la SCISS contribue financièrement à des programmes de formation qui permettent d'améliorer ou de renforcer les connaissances de nos membres et de leurs parents les plus proches (c.-à-d. filles, fils, ~~petits-enfants~~, nièces, neveux, époux/se ou encore vous-même). L'objectif est d'examiner à l'avance les demandes d'inscription aux cours des collèges communautaires, des universités et des écoles par correspondance dans toutes les provinces.

Commented [D01]: In the other document there are also the "grandchildren"...

DEMANDE D'ALLOCATION POUR FRAIS D'ÉTUDES

NOM DU CANDIDAT : _____ LIEN : _____

NOM DU MEMBRE : _____ FONCTIONS : _____

HÔPITAL : _____

ADRESSE : _____

DÉTAILS DES PROJETS DE FORMATION :

COLLÈGE / UNIVERSITÉ / AUTRE : _____

ADRESSE : _____

TITRE DU COURS : _____

DURÉE DU COURS - DÉBUT DU COURS : FIN DU COURS : _____

CERTIFICAT : OUI NON _____

COÛTS CONNEXES À ENVISAGER :

| | | |
|---------------------------|----|-------|
| Frais de scolarité | \$ | _____ |
| Livres | \$ | _____ |
| Résidence | \$ | _____ |
| Allocation de subsistance | \$ | _____ |
| Coûts déplacements | \$ | _____ |

DATE LIMITE (A-M-J) _____

Note : Seules les dépenses réelles seront prises en compte, jusqu'au montant total de la bourse.

Veillez écrire ci-dessous toute information supplémentaire qui aiderait le Comité des bourses à prendre sa décision : raisons du choix de ce cours, objectifs à court ou/et long terme, volontariat communautaire, etc.

Veillez joindre une photo électronique et une courte biographie du candidat, ainsi qu'une copie de la / des lettre(s) d'acceptation du ou des établissement(s) d'enseignement.

| |
|---|
| COMITÉ DES BOURSES EXCLUSIVEMENT : Date : (A-M-J) _____ Date : (A-M-J) _____ APPROUVÉ : OUI : _____ NON : _____ MONTANT TOTAL \$ _____ EXPLICATIONS D'UN ÉVENTUEL REFUS : _____ _____ _____ _____ AUTORISATION DU PRÉSIDENT DU COMITÉ DES BOURSES : |
|---|

Envoyer le formulaire de candidature rempli par la poste à :
[Société canadienne d'ingénierie des services de santé, Chapitre Maritime](#)
À l'attention de Robert Barsz
Hôpital régional South Shore
90 Glen Allen Drive,
Bridgewater, Nouvelle-Écosse B4V 3S6

ou envoyer par courriel une copie en Pdf à Helen.Comeau@HorizonNB.ca

Note : La date de clôture des candidatures est le 14 April 2023. Toutes les candidatures doivent être envoyées par la poste (cachet de la poste faisant foi) ou par courriel avant cette date.

NOTE : L'approbation d'une candidature est soumise à la seule discrétion du Comité des bourses du chapitre. Certaines lignes directrices s'appliquent et le programme est soumis à la disponibilité des fonds. Le total de la subvention est limité à 1000.00 \$ par an pour tout candidat, membre régulier ou parrainé par un membre, et ce montant inclut toutes les sessions nécessaires pour couvrir le programme complet du cours. Pour un remboursement dans les 12 mois suivant la date de candidature, les cours doivent être suivis avec succès.