

Application Package



Name of Organization _____

Address _____

Contact _____

Tel _____ Email _____

Nature of Workplace _____

Number of Employees Covered by this Application _____ Date _____

Submitted by _____

Wellness Committee Members (if applicable) _____

To be signed by the Chief Executive Officer or Senior Manager responsible for operations at this location.

I acknowledge that all information provided in this application is accurate and reflects the activities at our organization during the year in question.

Name _____ Title _____

Signature _____

The Wellness at Heart Toolkit will assist you with your organization's wellness efforts. To order your copy, please contact the Heart and Stroke Foundation of New Brunswick.

Minimum Standards



To qualify, you must meet the following minimum standards

Please check that your organization meets the standards listed below. If your organization does not meet these requirements, but you have reasons why they did not, please provide that information.

- The program is offered in both official languages, if appropriate to the region or worksite
If Yes explain _____
If No explain _____
- There is an employee feedback mechanism i.e. a system for employees to be able to provide feedback on wellness activities
If Yes explain _____
If No explain _____
- There is senior management involvement and support
If Yes explain _____
If No explain _____
- The program provides maximum employee accessibility (e.g. includes all shifts)
If Yes explain _____
If No explain _____
- The program is available at no cost, subsidized cost or, if there is a cost to the employee, please include details
If Yes explain _____
If No explain _____
- Programs are delivered by trained professionals with expertise in the program area e.g. nutrition - Registered Dietitian (please provide professional designation)
If Yes explain _____
If No explain _____

Award of Distinction



Tell us about your innovative, comprehensive, better practice or outstanding workplace wellness initiative. It will be considered for this award (you may wish to provide an attachment with more details).

Formulaire d'inscription



Nom de l'entreprise : _____

Adresse: _____

Personne-ressource: _____

Tél: _____ Courriel: _____

Description du milieu de travail : _____

Nombre d'employé(e)s inclus dans cette inscription : _____ Date de remise : _____

Titulaire(s) de la demande: _____

Membres du comité de Mieux-être (dans le cas échéant). _____

Ce document doit être signé par le directeur général ou un cadre dirigeant responsable des activités de l'entreprise.

Je reconnais que les informations contenues dans cette demande sont exactes et qu'elles reflètent les activités de notre entreprise pour l'année en question.

Nom: _____ Titre/poste: _____

Signature: _____

Notre trousse Le Mieux-être à Cœur vous servira de guide dans vos initiatives de mieux-être. Pour recevoir une trousse, veuillez communiquer avec la Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick.

Pour qualifier pour des prix vous devez répondre à un minimum de critères.

Si votre entreprise ne répond pas aux critères et que vous pouvez en expliquer la raison, veuillez nous faire parvenir l'information adéquate. Veuillez vous assurer que votre entreprise répond aux critères suivants:

- Le programme est offert dans les deux langues officielles, selon la région ou le lieu de travail.
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____
- Il existe un mécanisme de rétroaction pour les employé(e)s, c.-à-d. un système d'évaluation sur les activités de mieux-être, rempli par les employé(e)s.
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____
- Le personnel dirigeant est impliqué et appuie le programme.
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____
- Le programme offre un degré supérieur d'accessibilité aux employé(e)s (ex : incluant tous les quarts de travail).
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____
- Le programme est offert gratuitement, subventionné ou, s'il y a un frais pour l'employé(e), veuillez inclure les détails.
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____
- Le programme est dirigé par des professionnels (ex : dans le domaine de la nutrition-diététiste professionnelle) (veuillez fournir la désignation professionnelle)
Si oui, expliquez: _____
Si non, expliquez: _____

Prix d'excellence

Décrivez-nous votre approche innovatrice globale, vos pratiques ou votre initiative exceptionnelle en mieux-être en milieu de travail. Ces informations seront considérées pour le Prix d'excellence.
