

**Solicitud De Voluntario**

- ☐ Programa Comidas Sobre Ruedas    ☐ Programa Groceries to Go    ☐ Programa Friendly Visitor  
☐ Program Friendly Caller    ☐ Servicios e Traducción/Interpretación

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(last) (first) (m.i.)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad/condado) (código postal)

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en tu dirección actual? \_\_\_\_\_

Información de contacto, seleccione el número principal:

- ☐ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
☐ (Cell) \_\_\_\_\_ (Correo Electrónico) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN (\*se requiere verificación de antecedentes): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*\*Podemos enviarle un enlace por correo electrónico para que complete su propia verificación de antecedentes sin costo alguno para usted. No necesita proporcionar su SSN si elige esta opción.

Empleador/Ocupación: \_\_\_\_\_

Intereses/habilidades especiales/pasatiempos:

\_\_\_\_\_

Experiencia previa de voluntariado: \_\_\_\_\_

Idiomas extranjeros: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Comida Sobre Ruedas/Despensa Para Llevar/ Programa Visitante Amistoso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--Solo Para Comidas Sobre Ruedas--

**Proporcionar copia de la licencia.**

Marca del vehículo: \_\_\_\_\_ Placa #: \_\_\_\_\_

**Proporcionar copia de la tarjeta del seguro.**

¿Cuenta actualmente con la cobertura de seguro de automóvil mínima exigida legalmente? \_\_\_\_\_

--Solo para el Programa de Visitantes/Caller Amistosos--¿Cual es su disponibilidad?

\_\_\_\_\_ Dia                      \_\_\_\_\_ Tarde                      \_\_\_\_\_ Fin De Semana

--Solo Para Servicios De Traducción e Interpretación--  
¿Cuándo Puede ser voluntario para traducción e interpretación?

\_\_\_\_\_ Dia                      \_\_\_\_\_ Tarde                      \_\_\_\_\_ Fin De Semana  
\_\_\_\_\_ Por Teléfono                      \_\_\_\_\_ En Persona

¿Ha sido condenado por alguna infracción de tránsito en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ Que tipo de infracción: \_\_\_\_\_.

¿Alguna vez has sido condenado por un delito grave? \_\_\_\_\_ Qué tipo de delito? \_\_\_\_\_.

En caso de emergencia, comuníquese con: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_

Proporcionémos una referencia que haya conocido durante al menos un año (no parientes) a quien podamos contactar para comentar sobre su capacidad para ser voluntario. Incluya números de teléfono durante el día si es posible.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero De Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(calle)    (Ciudad)    (código postal)

### POLÍTICA DE PRIVACIDAD

**TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL QUE RECOPIAMOS SE ALMACENA DE FORMA SEGURA Y SE UTILIZA ÚNICAMENTE CON EL FIN DE COMUNICARSE ENTRE EL PERSONAL Y LOS VOLUNTARIOS Y PARA REALIZAR VERIFICACIONES DE ANTECEDENTES PENALES SEGÚN LO EXIGE LA CIUDAD DE ALEXANDRIA. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE EL ALMACENAMIENTO Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL, COMUNÍQUESE CON SENIOR SERVICES OF ALEXANDRIA.**

### **Autorización Para Realizar Una Verificación De Antecedentes Con [Sterling Volunteers](#)**

La Ciudad de Alexandria requiere que Senior Services of Alexandria realice una verificación de antecedentes penales para todos los nuevos voluntarios. Le avisaremos si el informe contiene algún resultado que prohíba la participación de voluntarios.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), autorizo a Servicios para Personas Mayores de Alexandria (SSA) a que Sterling Volunteers prepare un informe de antecedentes y lo entregue a la SSA para su uso como voluntario.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Aplicante (Escriba su nombre otra vez)

\_\_\_\_\_  
Fecha