



Al aplicar como voluntario(a), complete las secciones desde A hasta I. Después de ser aceptado(a), lea y firme la sección J.

A. INFORMACIÓN GENERAL (Por favor escriba en letra de molde)

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2DO. NOMBRE

Dirección Postal: _____
CALLE, APARTADO POSTAL, RUTA, APARTAMENTO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Residencia: _____
(Lugar físico si es diferente de la dirección postal)

¿Por cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Número de Seguro Social: _____

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono: Durante el día: (_____) _____ FAX: (_____) _____
 Durante la noche: (_____) _____ E-mail: _____

Mejor hora para recibir llamadas: Mañana Tarde Noche Hora Especifica _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____

Teléfono: Durante el día: (_____) _____ Durante la noche: (_____) _____

C. POSICIÓN DE VOLUNTARIO(A)

1. ¿Incluyenodo este año, cuántos años ha servido usted como voluntario(a) de 4-H? _____
 2. ¿Es alumno(a) de 4-H? Sí No
 3. Soy un miembro "All-Star" de 4-H Sí No
 4. Pertenezco a la Asociación de Líderes de 4-H Sí No Por favor envíeme información.
 5. ¿Con cuáles grupos usted prefiere trabajar? (Marque (✓) **TODOS** los que apliquen)
- | | | |
|--|--|---|
| Edad: <input type="checkbox"/> Jóvenes
<input type="checkbox"/> Adultos
<input type="checkbox"/> Ambos | Genero: <input type="checkbox"/> Hombres
<input type="checkbox"/> Mujeres
<input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Menores de 5 años <input type="checkbox"/> Entre 12 y 13 años
<input type="checkbox"/> Entre 5 y 8 años <input type="checkbox"/> Entre 14 y 18 años
<input type="checkbox"/> Entre 9 y 11 años <input type="checkbox"/> Mayores de 18 años |
|--|--|---|
9. Describa sus talentos, habilidades y aficiones relacionados con esta posición de voluntario(a)

 10. Describa su entrenamiento, educación formal, licencias /certificaciones y experiencia trabajando con grupos de diferentes edades o clientela, específica relacionada con esta posición.

D. DISPONIBILIDAD

1. ¿Qué cantidad de tiempo tendría disponible para ser voluntario(a)?

- Horas semanales (por favor especifique) _____
- Horas semanales (por favor especifique) _____
- Horas mensuales (por favor especifique) _____
- Negociable (por favor especifique) _____

2. ¿Por cuánto tiempo?

- 3 meses
- 6 meses
- 1 año
- Otro (describa) _____
- ¿Cuándo puede comenzar? _____
(mes/ día /año)

3. ¿Cuándo estaría disponible para ser voluntario(a)?

- Durante el día Los fines de semana Horario específico _____
- Noches Soy flexible

E. EXPERIENCIA DE VOLUNTARIO/EMPLEO (Su supervisor puede ser contactado)

Organización: _____ Nombre y Teléfono del Supervisor: _____

Pagado Voluntario Función /Deberes: _____

Organización: _____ Nombre y Teléfono del Supervisor: _____

Pagado Voluntario Función /Deberes: _____

F. REFERENCIAS

1.	_____	<small>(Nombre)</small>	_____	<small>(Teléfono: Día & Noche)</small>	_____	<small>(Relación)</small>		
	_____	<small>(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)</small>	_____	<small>(Ciudad)</small>	_____	<small>(Estado)</small>	_____	<small>(Código Postal)</small>
2.	_____	<small>(Nombre)</small>	_____	<small>(Teléfono: Día & Noche)</small>	_____	<small>(Relación)</small>		
	_____	<small>(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)</small>	_____	<small>(Ciudad)</small>	_____	<small>(Estado)</small>	_____	<small>(Código Postal)</small>
3.	_____	<small>(Nombre)</small>	_____	<small>(Teléfono: Día & Noche)</small>	_____	<small>(Relación)</small>		
	_____	<small>(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)</small>	_____	<small>(Ciudad)</small>	_____	<small>(Estado)</small>	_____	<small>(Código Postal)</small>

G. INFORMACIÓN DE MANEJO (Complete sólo si está aplicando a una posición que requiera de conducir)

	Sí	No
¿Tiene usted licencia de conducir valida y al día? Si la tiene, ¿en cuál Estado fue emitida? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted una licencia al día para conducir vehículos comerciales (CDL)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene actualmente seguro automovilístico que tenga la cobertura mínima exigida por el Estado de Virginia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. INFORMACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PERSONALES

Esta información será mantenida en estricta confidencialidad y será accesible sólo al personal autorizado. Cualquier pregunta contestada "Sí" **no** lo(a) excluirá automáticamente de convertirse en un(a) voluntario(a) registrado de ECV)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha sido alguna vez objeto de una condena criminal relacionada con: | Sí | No |
| a. Abuso de Drogas o Alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Abuso o Negligencia de Menores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Abuso a Cónyuge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Abuso o Negligencia de Ancianos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sido condenado(a) alguna vez por cualquier violación de la ley? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Si desea ser voluntario en una posición que requiere que maneje un vehículo, ¿Ha sido condenado(a) por alguna violación de leyes de tráfico en movimiento en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha respondido "Sí" a cualquiera de las preguntas de arriba, por favor describa:

Entiendo que ECV puede verifica archivres, antecedentes criminales, y referencias personales sobre mí, en cualquier momento durante el proceso de esta aplicación o durante mi servicio de voluntariado de ECV.

Firma, Voluntario(a) Solicitante

Fecha (mes /día/ año)

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Solo con el propósito de mantener estadísticas)

- | | |
|--|--|
| 1. Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | 2. Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino |
| 3. Raza:
<input type="checkbox"/> Asiática
<input type="checkbox"/> Africana/Americana/Negro
<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Native de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico | 4. Yo vivo (seleccione una opción)
<input type="checkbox"/> En una granja o finca
<input type="checkbox"/> En una zona rural o pueblo con menos de 10,000 habitantes
<input type="checkbox"/> Pueblo o ciudad con aproximadamente entre 10,000 y 50,000 habitantes
<input type="checkbox"/> Suburbio o ciudad con más de 50,000 habitantes
<input type="checkbox"/> Ciudad con más de 50,000 habitantes |
| 5. Nivel más alto de educación: _____ | |

J. ACUERDO de REGISTRO

- Acepto seguir todas las políticas y procedimientos Extensión Cooperativa de Virginia (VCE).
- Entiendo que todos los programas y los empleos de la Extensión Cooperativa de Virginia están abiertos a todas las personas indiferente a raza, color, religión, sexo, edad, estado de veteranía, origen nacional, incapacidad, o afiliación política. VCE es un empleador de Igual Oportunidad.
- Certifico que toda la información suministrada en esta aplicación es verdadera y completa. Entiendo que cualquier falsificación de la información contenida aquí constituye motivo de rechazo a esta aplicación.

Firma, Voluntario(a) Solicitante de VCE

Fecha (mes /día/ año)

PARA EL USO INTERNO DE VCE SOLAMENTE

A. ACCION TOMADA

Fecha en que la aplicación de voluntariado fue recibida por VCE _____

Este solicitante: (Elija uno)

Fue asignado a _____ en _____

(Posición) (Fecha)

Cumplió con los requisitos para la posición y fue archivado para posiciones futuras.

No le ofrecimos ninguna posición.

Firma, Representante de VCE Fecha (día /mes / año)

B. RE-ADMISIÓN:

Re-admitido(a) sin ningún cambio Fecha: _____

Re-admitido(a) con los cambios siguientes Fecha: _____

Firma, Voluntario de VCE Firma, Supervisor de VCE

Códigos de Información de 4-H Plus/4-H Plus Data Codes:

UNIT:	ID NUMBER:	CLUB:	TYPE:	COMMUNITY:	MAIL:
□□□	□□□□□□	□□□	□	□	□
					Y=Yes N= No
DATE: ___/___/___					