



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)**

- ¿Incluyenodo este año, cuántos años ha servido usted como voluntario(a) de 4-H? \_\_\_\_\_
  - ¿Es alumno(a) de 4-H?  Sí  No
  - Soy un miembro "All-Star" de 4-H  Sí  No
  - Pertenezco a la Asociación de Líderes de 4-H  Sí  No  Por favor envíeme información.
  - ¿Con cuáles grupos usted prefiere trabajar? (Marque (✓) **TODOS** los que apliquen)
- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| Edad: <input type="checkbox"/> Jóvenes |  | Genero: <input type="checkbox"/> Hombres | <input type="checkbox"/> Menores de 5 años | <input type="checkbox"/> Entre 12 y 13 años |
| <input type="checkbox"/> Adultos       |  | <input type="checkbox"/> Mujeres         | <input type="checkbox"/> Entre 5 y 8 años  | <input type="checkbox"/> Entre 14 y 18 años |
| <input type="checkbox"/> Ambos         |  | <input type="checkbox"/> Ambos           | <input type="checkbox"/> Entre 9 y 11 años | <input type="checkbox"/> Mayores de 18 años |
- Describe sus talentos, habilidades y aficiones relacionados con esta posición de voluntario(a)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - Describe 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 &amp; 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 &amp; 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 &amp; 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 <b>condena criminal</b> 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. Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano  |
| 3. Raza:<br><input type="checkbox"/> Blanca<br><input type="checkbox"/> Africana-Americana<br><input type="checkbox"/> India-Americana<br><input type="checkbox"/> Asiática | 4. Yo vivo (seleccione una opción)<br><input type="checkbox"/> En una granja o finca<br><input type="checkbox"/> En una zona rural o pueblo con menos de 10,000 habitantes<br><input type="checkbox"/> Pueblo o ciudad con aproximadamente entre 10,000 y 50,000 habitantes<br><input type="checkbox"/> Suburbio o ciudad con más de 50,000 habitantes<br><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: ___/___/___					