



L . A . M . D . A



POR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA

Latino Alzheimer's And Memory Disorders Alliance

Formulario de Voluntarios

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Núm. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Dónde se enteró de nosotros? (Nombre de la iglesia, el nombre de los medios de comunicación, amigo, etc.,)
_____.

Información Académica

¿Estudio aquí o en su país natal? _____.

Circule su nivel académico obtuvo en su país natal: Primaria Secundaria Preparatoria Universidad

Otro: _____ Nivel completado: _____ Especialidad/Licenciatura _____

Información Laboral

Nombre del lugar donde trabaja: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Título: _____

¿Ha sido voluntario anteriormente?

Nombre del lugar donde hacia trabajo voluntario: _____

Dirección: _____

¿Qué actividades desarrollaba? _____

¿Es voluntario en este momento?

Nombre del lugar donde hacia trabajo voluntariado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

¿Cuáles son sus actividades? _____

¿Cuáles su horario? _____

Area de interes:

*Por favor circule el área(s) de interés en ser voluntario:

Administración Los niños y la educación adultos y el trabajo salud y nutrición
los medios sociales Campaña de Giving Tuesday eventos de la comunidad
eventos de recaudación de fondos comité de gala diseño gráfico y edición de video
traducciones entre Español y Inglés Tu Environment! fotografía y edición
promotoras de salud grupos de apoyo labor académico – principiantes y intermedios

*Inglés es necesario para lo siguiente: contenido de la pagina de internet, académico – intermedio, academico – avanzados, adultos y el trabajo - intermedio, y medios sociales.

¿Cuáles son sus horas semanales de disponibilidad?

¿Cuáles son sus talentos especiales?

¿Qué es lo que le inspiró para ser voluntario?

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el voluntario: _____

Número de teléfono: _____

*Favor de anexar su resume (aplicable a lo académico y administrativo) y su identificación o matrícula a esta forma de registración.

Reglas:

1. Usted debe seguir cualquier y todas las instrucciones dadas por el personal designado.
2. La seguridad Personal es una prioridad para todos. No haga ningún trabajo si no está físicamente o emocionalmente capacitado para cierto trabajo. No deje el área de trabajo al cual este asignado.
3. Usted debe reportarse al momento de ingresar y regresar a la institución, También avisar si necesita cualquier material de trabajo.
4. Con este tipo de esfuerzo, hay un riesgo. Usted acepta ser responsable de su propia seguridad y conducta. En caso de lesionarse, ningún individuo (s) o grupos (s) en su área de actividades, conectado con este esfuerzo se considerará (hara) responsable.
5. Usted acepta que cualquier información que adquirió durante du servicio no será utilizada para ningún beneficio personal o ganancia y se llevará a cabo confidencial. En consecuencia, si se hace, se dará por terminado los beneficios.
6. Su participación en ninguna manera le permite ignorar o violar cualquier ley local, estatal, o federal.

Política de Discriminación

Familias Latinas Unidas y LAMDA, prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades a base de raza, color, origen nacional, sexo, estado civil y estatus familiar.

Es un esfuerzo para proporcionar servicio de calidad a los estudiantes y voluntarios. LUF, intenta ofrecer servicios que sean apropiados para el idioma, la cultura y la ubicación geográfica de la población destinada.

*Su firma será tomada como su aceptación a las reglas y a la política de discriminación.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor llene el formulario y enviarlo por correo electrónico a info@latinoalzheimersalliance.org.