

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)?		
<input type="checkbox"/> Horas semanales (por favor especifique) _____	2. ¿Por cuánto tiempo?	
<input type="checkbox"/> Horas mensuales (por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/> 3 meses	
<input type="checkbox"/> Negociable (por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/> 6 meses	
	<input type="checkbox"/> 1 año	
	<input type="checkbox"/> Otro (describa) _____	
	<input type="checkbox"/> ¿Cuándo puede comenzar? _____ mes/ día /año	
3. ¿Cuándo estaría disponible para ser voluntario(a)?		
<input type="checkbox"/> Durante el día	<input type="checkbox"/> Los fines de semana	<input type="checkbox"/> Horario específico _____
<input type="checkbox"/> Noches	<input type="checkbox"/> 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.	_____	_____	_____
	(Nombre)	(Teléfono: Día & Noche)	(Relación)
	_____	_____	_____
	(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
2.	_____	_____	_____
	(Nombre)	(Teléfono: Día & Noche)	(Relación)
	_____	_____	_____
	(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
3.	_____	_____	_____
	(Nombre)	(Teléfono: Día & Noche)	(Relación)
	_____	_____	_____
	(Calle, Ruta, Apartado Postal, Apartameinto)	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la tiene, ¿en cuál Estado fue emitida? _____		
¿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 ECV¹)

1. ¿Ha sido alguna vez objeto de una **condena criminal** relacionada con:

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? Sí No

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? Sí No

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"/> Nombre <input type="checkbox"/> Mujero	2. Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
3. Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Africana-Americana <input type="checkbox"/> India-Americana <input type="checkbox"/> Asiática	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: ___/___/___