



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS Y SALUD APLICACIÓN DE VOLUNTARIO



(Please Print)

Apellido _____ Nombre _____ 2º Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____

Número Telefónico _____ Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____

Número de Tarjeta de Conducción _____

Número de Seguro Social _____

¿Cómo se ha enterado usted de esta posición? _____

Posición Solicitada _____

EXPERIENCIA DE VOLUNTARIO

Compañía _____ Dirección _____ Número Telefónico _____

Ocupación _____ Su Gerente _____

¿Le podemos contactar? Si / No

Compañía _____ Dirección _____ Número Telefónico _____

Ocupación _____ Su Gerente _____

¿Le podemos contactar? Si / No

HORAS DISPONIBLES

Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____

¿DÓNDE QUISIERA CONDUCIR DURANTE EL DÍA? (SOLO SI ES APLICABLE)

En ciudades locales _____ En el Campo/ Rural _____ Ciudades más grandes como Madison y Milwaukee _____

No importa _____ Indique cualquier lugar a donde no quiere conducir _____

INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

¿Esta aplicando a este trabajo para cumplir horas requisitas de su escuela o iglesia? Sí _____ No _____

Organización que pide las horas Horas _____ ¿Cuántas horas se requieren? _____

¿ Está aplicando para cumplir servicio comunitario? Sí _____ No _____

*Si usted necesita este tiempo para servicio comunitario, favor de someter una carta de recomendación de su agente de probación y su número telefónico

Declaración de Objetivos: La meta del ADRC del Condado de Dodge es ayudar, enseñar, y abogar en parte de las personas de edad avanzada y personas con discapacidades. Nuestro objetivo es traerles recursos y servicios para ayudarles vivir vidas independientes y con dignidad.

Nombre de su empleador _____ Número Telefónico _____

Dirección _____ Fechas que Trabajó _____

Nombre de Gerente _____ ¿Se puede Contactar? Sí / No

Nombre de su ultimo empleador _____ Número Telefónico _____

Dirección _____ Fechas que trabajó _____

Nombre de su gerente _____ ¿Se Puede Contactar? Sí / No

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre _____ Relación _____ Número Telefónico _____

Nombre _____ Relación _____ Número Telefónico _____

ANTECEDENTES PENALES

¿Usted ha sido condenado de una falta o delito grave o tiene cargos pendientes de una falta o delito grave? Si la respuesta es sí, favor de explicar su situación. (Aviso: Una condenación o cargo pendiente no **descalificara** a usted de esta posición, pero evaluaremos la situación en respeto del tiempo, circunstancias, gravedad, y relación que su condenación o cargos pendientes tendrá al trabajo.)

Sí _____ No _____ Explique: _____

Por favor, lea bien antes que firme el documento: Yo entiendo que el condado tiene que revisar el historial personal de cada persona quien quiere trabajar con el condado de Dodge. Yo le doy permiso al condado de Dodge para revisar el historial de mis contactos, citaciones, y detenciones con el estado de Wisconsin y mi historia de conducción por el DMV. También entiendo que el condado revisara el Registros del Centro Estatal de Perpetradores de Abusos y Negligencia contra Adultos y Menores y el Registros de Delincuentes Sexuales..

Firma de Apicante _____ Fecha _____

Hay que cumplir las casillas debajo si usted tiene menos de 18 de edad.

Yo le doy permiso a mi hijo o hija que ha completado este documento ser voluntario(a) para el Condado de Dodge. También le doy permiso al Condado para conseguir tratamiento médico de emergencia para la seguridad de mi hijo o hija.

Firma del Padre de Apicante _____ Fecha _____

Favor de someter esta aplicación a hsagingunit@co.dodge.wi.us o enviarla a:

ADRC of Dodge County
Attn: Kris Schefft, ADRC/Aging Services Supervisor
199 County Road DF – 3rd floor
Juneau, WI 53039