



## Solicitud de Voluntariado

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Información del Solicitante

¿Para qué departamento estás aplicando? Selecciona todos los que correspondan:

Centro para Personas Mayores

Programa de Nutrición

Centro de Día para Adultos

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB (MM/DD/AÑO): \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Preguntas Generales:

1. ¿Puedes levantar 15 libras cómodamente? Sí / No
2. ¿Tienes y conduces un vehículo confiable con prueba de seguro? Sí / No
3. ¿Tienes experiencia trabajando con personas mayores, con necesidades especiales, físicamente frágiles o vulnerables? Sí / No
4. Explicación de alguna de las anteriores si es necesario: \_\_\_\_\_

¿Cuándo estás disponible para ser voluntario?

Días: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Estaciones: \_\_\_\_\_

¿Cuándo no estás disponible? \_\_\_\_\_

Por favor, enumera cualquier talento, interés o  
entrenamiento especial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Continued on next page →*



¿Estás interesado en ser voluntario para eventos especiales los fines de semana o por las tardes? Sí / No

¿Qué idiomas hablas?  
Inglés      Español      Ruso

Otro:

## Posibles Oportunidades de Voluntariado

Por favor, marca tus opciones. Ten en cuenta que no todas estas oportunidades están disponibles durante todo el año. Aunque todas las oportunidades requieren una verificación de antecedentes, algunas también pueden requerir RCP, una Tarjeta de Manipuladores de Alimentos y/o una prueba de tuberculosis.

**Programa de Nutrición:** Conductor de Meals-on-Wheels (permanente) • Conductor de Meals-on-Wheels (sustituto)

**Comedor / Cocina:** Preparar mesas • Limpieza • Preparación en cocina • Servir comida

**Oficina:** Voluntario de recepción • Archivar / organizar registros • Distribuir volantes

**Centro de Día para Adultos:** Asistente de actividades • Atención individualizada • Voluntario de enriquecimiento: dar una presentación sobre un tema interesante, tocar un instrumento musical, realizar un espectáculo de talentos, contar una historia, ¡tú decides!

**Otros:** Limpieza • Jardinería / Cuidado del césped • Dirigir un programa / actividad

**Otros intereses como voluntario:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please continue to next page to complete the Confidentiality Agreement and Background Check Authorization Form

→



## Acuerdo de Confidencialidad

El propósito del Acuerdo de Confidencialidad es establecer estándares de conducta para todos los voluntarios del Centro para Personas Mayores de Walla Walla. Cada voluntario tiene una responsabilidad ética y legal hacia los participantes del Centro para Personas Mayores, los programas del Centro para Personas Mayores, la comunidad y ellos mismos, para tratar la información del cliente como privada. La información personal del cliente debe ser tratada de la misma manera en que protegerías tu propia información personal. Se espera que los voluntarios mantengan completamente confidenciales la información y los detalles sobre los participantes.

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- La información y los detalles sobre un participante son confidenciales y solo pueden ser discutidos con miembros del personal apropiados para asuntos de la agencia.
- No se revelará ninguna información identificativa sobre el participante (por ejemplo, nombres, direcciones, etc.), excepto dentro de los límites de los asuntos de la agencia al personal correspondiente.
- Los registros, archivos, listas y hojas de ruta de los clientes son confidenciales y deben protegerse de la vista del público y solo deben usarse con fines de la agencia.
- Está prohibido discutir información sobre un participante fuera del entorno de la agencia. Cualquier información, incluso si no se revela la dirección, número de teléfono, etc., podría constituir una violación de la confidencialidad.
- Si la información se ha hecho pública a través de cualquier otra fuente, eso no altera el hecho de que el participante tiene privilegios de confidencialidad dentro de la agencia y aún así debe mantener su información confidencial.

Al firmar a continuación, acepto que no:

- Aceptaré ni usaré el dinero o la propiedad de un participante (es decir, compartir gastos de vida, aceptar regalos o propinas, cualquier compra conjunta o entrar en acuerdos de préstamo).
- Compraré o venderé cualquier artículo, servicio o propiedad o cualquier otra cosa de valor de / a los participantes del programa.
- Tendré interés financiero o privado directo o indirecto, personalmente o a través de un miembro de la familia inmediata.
- Asumiré un papel que dirija los asuntos de un participante de alguna manera, incluidos los financieros, de atención médica o de vivienda.

Yo, el firmante, he leído y comprendido la Solicitud de Voluntariado y el Acuerdo de Confidencialidad. Reconozco que falsificar cualquier información y/o no cumplir con el Acuerdo de Confidencialidad puede hacerme sujeto a responsabilidad civil bajo disposiciones de la ley estatal. Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es precisa según mi leal saber y entender. Oportunidades en los Medios de Comunicación: Entiendo que la información y/o fotos de mi servicio como voluntario pueden ser utilizadas para oportunidades en los medios de comunicación a menos que indique lo contrario. Divulgación de Información: Entiendo que la información proporcionada en este formulario solo se divulgará con el fin del voluntariado. Seguro: Si utilizo mi automóvil en el servicio como voluntario, certifico que tengo y mantendré en efecto el seguro automovilístico igual o mayor que el mínimo requerido por la ley del Estado de Washington. Entiendo que no soy empleado del patrocinador ni del proveedor de oportunidades de voluntariado y acepto servir sin compensación.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



## Walla Walla Senior Citizens Center Formulario de Autorización de Verificación de Antecedentes (RCW 43.43.830)

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

¿Es este tu nombre legal? Sí / No Si no es así, ¿cuál es tu nombre legal? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Mujer / Hombre

#### Declaración de Divulgación

Preguntas de Autodivulgación: Por favor, responde SÍ o NO a cada ítem de la lista. Si la respuesta es SÍ a algún ítem, explícalo en el espacio proporcionado, indicando el cargo o hallazgo, la fecha y el/los tribunal(es) involucrado(s).

1. ¿Alguna vez has sido condenado por algún delito contra niños o personas vulnerables según lo define RCW 43.43.830?

Respuesta: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es SÍ, explícalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Tienes algún cargo pendiente en tu contra por algún delito?

Respuesta: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es SÍ, explícalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez un tribunal o agencia estatal te ha emitido una orden u otra notificación final, indicando que has abusado sexualmente, físicamente, negligido, abandonado o explotado a un niño, adolescente o adulto vulnerable?

Respuesta: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es SÍ, explícalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo soy la persona mencionada arriba. Si no digo toda la verdad en este formulario, entiendo que puedo ser acusado de perjurio y es posible que no se me permita trabajar con adultos vulnerables. Cualquier tergiversación u omisión intencional de hechos será motivo para rechazar al voluntario del servicio y será motivo para la terminación del servicio. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y autorizo al Centro de Ciudadanos Mayores de Walla Walla a solicitar una verificación de antecedentes penales a través del Washington State Patrol o una agencia federal de aplicación de la ley.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



---

**Requesting Agency**  
**(A ser completado por un miembro del personal)**

Walla Walla Senior Citizens Center  
720 Sprague St  
Walla Walla, WA 99362  
509-527-3775

**Purpose:**

New Employee

Volunteer

Other (Please explain): \_\_\_\_\_

**Person requesting background check:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

**I certify that this request is made pursuant to an for the purpose indicated:**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date