



WESTMINSTER Volunteer

Solicitud de voluntariado

Por favor complete este formulario de solicitud si está interesado en convertirse en voluntario de la ciudad de Westminster. Una vez que complete el formulario, haga clic en el botón de enviar en la parte inferior.

Nombre y dirección actual

Primer nombre*:

Apellido*:

Calle 1*:

Ciudad*:

Estado*:

Código postal*:

Teléfono de casa*:

Teléfono del trabajo:

Dirección de correo electrónico:

Pronombres preferidos:

Contacto de emergencia

Por favor complete en caso de emergencia.

Primer nombre*:

Apellido*:

Calle 1:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono móvil*:

Relación*:

Si actualmente es menor de 18 años, indique el nombre y la información de contacto de un padre / tutor legal.

Dirección anterior si tiene menos de 7 años en la actualidad

Dirección anterior:

Estado/ Ciudad:

Desde Fecha – Hasta la Fecha:

Información de contexto

Todos los posibles voluntarios mayores de 18 años están sujetos a una verificación de antecedentes a discreción del número.

Numero de seguro social*:

Información demográfica

Opcionalmente, puede proporcionar la siguiente información. Se utiliza solo para ayudarnos a tener una mejor idea de la composición demográfica de nuestros voluntarios.

Fecha de nacimiento:

Rango de edad:

Género:

Habilidades

Marque todo lo que corresponda.

- Habilidades:
- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Contabilidad | ☐ Precisión / Atención al detalle | ☐ Centro de llamadas |
| ☐ Cuidado de niños | ☐ Entrenamiento | ☐ Ordenadores |
| ☐ Construcción | ☐ Asesoramiento | ☐ Servicio al Cliente |
| ☐ Entrada de datos | ☐ Paisajismo / Jardinería | ☐ Naturaleza / Recreación al aire libre |
| ☐ Labor física | ☐ Plomería o Electricidad | ☐ Hablando en público |
| ☐ Lenguaje de señas | ☐ Medios de comunicación social | ☐ Juventud |

Por favor
cuéntenos sobre su
experiencia laboral,
sus habilidades y su
dominio de la
computadora.

Disponibilidad

Indique los días y las horas en que suele estar disponible para ser voluntario.

	Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb
Por la mañana:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Por la tarde:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Por la noche:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mi disponibilidad es:

Me gustaría servir hasta:

Preferencia de
asignación:

1a
Elección:

2da
Elección:

3r
Elección:

Por favor díganos por
qué está interesado en
oportunidades
específicas de
voluntariado. ¿Tiene
algún antecedente o
experiencia en esta
área?

Preferencias de correo electrónico

Nos gusta mantener a los voluntarios informados sobre noticias importantes, horarios y oportunidades de voluntariado por correo electrónico, sin embargo, no le enviaremos ningún correo electrónico que prefiera no recibir. Utilice las casillas de verificación a continuación para seleccionar los tipos de correo electrónico que le gustaría recibir de nosotros.

Por favor introduzca una contraseña que:

- Tenga entre 6 y 30 caracteres

Contraseña:

Confirmar Contraseña:

¿Qué tipo de correo
electrónico le gustaría
recibir?

Boletines electrónicos

Apelaciones de contratación

Saludos

Nuevo voluntario Aplicación

Acuerdo voluntario de Westminster

LIBERACIÓN, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN PARA VOLUNTARIOS ACUERDO DE WESTMINSTER

YO, EN NOMBRE DE MÍ MISMO (Y DE MI HIJO), EN CONSIDERACIÓN O PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD, POR LA PRESENTE LIBERO Y RENUNCIO A CUALQUIER RECLAMO DE RESPONSABILIDAD CONTRA LA CIUDAD DE WESTMINSTER, SUS EMPLEADOS, AGENTES Y REPRESENTANTES POR PÉRDIDA, DAÑOS, ENFERMEDADES O LESIONES QUE SE PRODUZCAN A MI MISMO, MI HIJO O CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL MIENTRAS YO, O MI HIJO, PARTICIPAMOS EN LA ACTIVIDAD, YA SEA QUE EL RECLAMO RESULTE DE LA NEGLIGENCIA DE LA CIUDAD, SUS EMPLEADOS, AGENTES O REPRESENTANTES POR ALGUNA OTRA CAUSA.

Entiendo que puede haber riesgos asociados con la participación en el Programa de Voluntarios y reconozco que algunas actividades pueden involucrar actividad física y esfuerzo físico. Ya sea que se realicen individualmente o en grupos, los turnos de voluntarios pueden incluir el riesgo de lesiones corporales graves, que incluyen discapacidad permanente, parálisis y muerte. Estas lesiones pueden ser causadas por mi acción o inacción, o la acción o inacción de mi hijo, la acción o inacción de otros participantes o el instructor, o las condiciones en las que se lleva a cabo el turno de voluntario. El equipo utilizado puede romperse, fallar o funcionar mal a pesar de un uso y mantenimiento razonables. Algunos de los equipos utilizados pueden causar lesiones incluso cuando se utilizan según lo previsto. Muchos de estos riesgos, aunque no todos, son inherentes a esta y otras actividades. Estos son algunos, pero no todos, los riesgos inherentes al programa de voluntariado; No es posible una lista completa de los riesgos inherentes y de otro tipo. También existen riesgos que no se pueden anticipar.

Además, entiendo que soy legalmente responsable de mis acciones o las de mi hijo, incluidas, entre otras, cualquier daño a la propiedad pública o privada y / o lesiones personales o muerte que yo o mi hijo causemos; y que soy legalmente responsable de mi propio bienestar y acciones, o del de mi hijo, incluidas las necesidades personales y los gastos médicos.

Entiendo que los supervisores voluntarios usan su mejor juicio para determinar cómo evaluar el riesgo y el nivel de habilidad y cómo reaccionar ante una variedad de circunstancias, incluidas las emergencias médicas, pero que los supervisores pueden juzgar mal tales circunstancias, las capacidades de un individuo, los riesgos involucrados o similares.

RECONOZCO Y ASUMO LOS RIESGOS INVOLUCRADOS EN EL PROGRAMA DE VOLUNTARIO Y POR CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, ENFERMEDAD, LESIÓN O MUERTE QUE RESULTEN DE DICHOS RIESGOS PARA MÍ (Y MI HIJO) ASÍ COMO PARA CUALQUIER PROPIEDAD PERSONAL. CREO QUE YO MISMO (Y / O MI HIJO) ESTAMOS FÍSICAMENTE CAPACES Y CALIFICADOS PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE VOLUNTARIOS. POR LA PRESENTE ACEPTO INDEMNIZAR Y RESPETAR LA RESPONSABILIDAD Y EL PACTO DE NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE WESTMINSTER, SUS EMPLEADOS, AGENTES Y REPRESENTANTES CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMO QUE PUEDA SER AFIRMADO POR O EN NOMBRE MÍO (O DE MI HIJO) COMO RESULTADO DE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, ENFERMEDAD O LESIÓN SUFRIDA MIENTRAS PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE VOLUNTARIOS.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR Y ACEPTO ESTAR OBLIGADO POR LOS TÉRMINOS DE ESTE DOCUMENTO.

☒ Estoy de acuerdo

Signature*: _____

Print Name*: _____

Date*: _____

Política de privacidad