



Bronx Health Corps Aplicación de Voluntario

Geriatric Workforce Enhancement Program

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de la

Casa:

Teléfono
Celular:

Teléfono
del Trabajo:

Contacto Primario:

Casa

Trabajo

Celular

Correo Electrónico:

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre:

Teléfono:

Relación:

EDUCACIÓN: Opcional. Indique el nivel mas alto de educación que completo.

Secundaria/GED

Educación Universitaria Parcial

Bachillerato

Escuela de Posgrado

Otro

REFERENCIAS: Lista dos Personas (que no sean familiares).

Nombre:

Teléfono:

Relación:

¿Cuánto Tiempo
se Conocen?:

Nombre:

Teléfono:

Relación:

¿Cuánto Tiempo
se Conocen?:

INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO: Sus respuestas no determinan su elegibilidad.

Por favor díganos como usted aprendió de este programa y resuma su experiencia de voluntario.

Por favor, explique brevemente su razón para ser voluntario.

Por favor, indique alguna habilidad especial, capacitación, credenciales y / u otros idiomas.

Temas: Por favor, especifique su 1ª, 2ª y 3ª opciones.

Primera Opción:

Asma
Enfermedad Alzheimer y
Demencias Relacionadas
Enfermedad del Corazón
Diabetes
Dieta Saludable, Ejercicio y
el Estrés

Segunda Opción:

Asma
Enfermedad Alzheimer y
Demencias Relacionadas
Enfermedad del Corazón
Diabetes
Dieta Saludable, Ejercicio y
el Estrés

Tercera Opción:

Asma
Enfermedad Alzheimer y
Demencias Relacionadas
Enfermedad del Corazón
Diabetes
Dieta Saludable, Ejercicio y
el Estrés

Disponibilidad: Indique la hora que está disponible.

Sólo Mañanas 11:00am – 12:00pm

Sólo de Tarde 1:00pm - 2:00pm

¿Ambos?

Sí

Sí

Sí

No

No

No

ACLARACIÓN Y FIRMA:

Entiendo que la participación con el Bronx Health Corps es voluntaria y que no se espera compensación de ningún tipo. El Bronx Health Corps es un proyecto del programa llamado "Geriatric Workforce Enhancement Program" (GWEP) que está financiado por la administración "Health Resources and Services Administration" (HRSA). Si soy seleccionado(a), voy a cumplir con mi capacitación, con horas requeridas y otras responsabilidades según establecido por R.A.I.N.

Firma: _____ Fecha: _____

¡Estamos muy agradecidos con su participación!

Por favor, devuelva esta solicitud a:

Regional Aid for Interim Needs Inc., Attn: GWEP - Volunteer Program
3377 White Plains Rd, Bronx, NY 10467

Para el uso interno de R.A.I.N.