

Aplicación de Voluntario 2018-19

INFORMACION DEL VOLUNTARIO SOLICITANTE			
Nombre		Apellido	
Nombre del Grupo, si corresponde		Fecha de Nacimiento	
Dirección de la calle			Cómo se identifica? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad, Estado, ZIP			
Mejor número telefónico para contactarlo		Correo electrónico	
Escuela, si corresponde			
Empleador y dirección del empleador, si corresponde			
Nombre de contacto de Emergencia, Padre, Tutor		Teléfono de contacto de emergencia, padre, o tutor	
¿Tiene 18 años de edad o más?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted voluntario para obtener horas del servicio de aprendizaje para estudiantes (SSL)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido convicto de un delito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, explicar *	
*La convicción no es descalificador automático para ser voluntario de FSI.			
Proporcione dos referencias sin parentesco y su información para que podamos contactarnos con ellos.			
Nombre:	Correo Electrónico:	Teléfono:	
Nombre:	Correo Electrónico:	Teléfono:	
¿Le gustaría ser incluido en nuestra lista de correo electrónico para oportunidades de trabajo voluntario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
ME GUSTARÍA SERVIR DE LA SIGUIENTE MANERA:			
<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Servicio de alimentos <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Eventos especiales <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Traducción <input type="checkbox"/> Legal			
¿Existe algún programa específico en el que desea ser voluntario?			

Aplicación de Voluntario 2018-19

Lista de idiomas que puede hablar, aparte de inglés:

¿Con qué poblaciones están interesado en trabajar? Niños Adolescentes Adultos jóvenes Adultos

¿Dónde le interesa trabajar? Gaithersburg Rockville Germantown Clarksburg Lanham

DISPONIBILIDAD *(Marque todos los días y tiempos que este disponible para ser voluntario)*

Lunes	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	Jueves	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche
Martes	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	Viernes	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche
Miércoles	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	Fines de semana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACION ADICIONAL QUE LE GUSTARIA QUE FAMILY SERVICES, INC. SEPA SOBRE USTED

Háblenos de su filosofía personal, sus pasiones, sus antecedentes o experiencia previa en voluntariado.

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

He leído y entendido las preguntas en esta solicitud. Certifico que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas, exactas y completas. Entiendo que la omisión o falsedad de cualquier dato en esta solicitud o durante cualquier entrevista se convertirá en el inmediato rechazo de mi aplicación o será causa de despido inmediato. Si no se indica lo contrario, yo autorizo a Family Services, Inc. a contactar a todas mis referencias. Desligo Family Services, Inc. y todos los afiliados a las personas y entidades, así como cualquier persona o institución que ofrece Family Services, Inc. toda la información legal acerca de mí, de cualquier y toda responsabilidad resultante de cualquier investigación legal, investigación o comunicación.

Estoy de acuerdo en acatar todas las reglas y regulaciones de Family Services, Inc. Entiendo y acepto que nada en esta solicitud constituirá una oferta, un contrato o una garantía de servicios voluntarios o empleo para un periodo específico de tiempo. Entiendo que mi voluntariado puede ser terminado con o sin causa y con o sin previo aviso en cualquier momento, a mi voluntad o la de Family Services. Además, entiendo que Family Services, Inc. y todos los administradores del plan tendrán la discreción máxima permitida por la ley de administrar, interpretar, modificar, discontinuar, mejorar o modificar de cualquier manera todas las políticas, procedimientos, o demás términos y condiciones del voluntariado.

Doy mi consentimiento a la utilización de mi imagen en fotografías, videos o grabaciones tomadas mientras yo participo como voluntario en Family Services, Inc. para su uso en publicidad, marketing, publicación o promoción de Family Services, Inc..

Los voluntarios de Family Services, Inc. están prohibidos de tomar fotos, video o grabaciones de voz de clientes, personal o instalaciones salvo por escrito consentimiento del Coordinador de voluntarios de FSI. Esto incluye, pero no se limita a las cámaras y dispositivos móviles (teléfonos celulares, iPads, etc.). Si un voluntario FSI viola este acuerdo, se tomarán las medidas legales pertinentes.

*** Si el solicitante es menor de 18 años (menor de edad), un padre o tutor debe firmar también por debajo de lo que ofrece el consentimiento y autorización del solicitante a ser voluntario con Family Services, Inc.**

Firma

Fecha

Nombre impreso del padre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años:

Firma del padre o tutor:

Si usted tiene alguna pregunta, por favor envíenos un correo a Volunteer@FS-Inc.org.

Si no tienes acceso a una computadora, por favor llene la copia impresa y envíela a:

Family Services, Inc. Attn Coordinador de voluntarios
610 East Diamond Avenue, Ste 100
Gaithersburg, MD 20877

Gracias por su interés en ser voluntario de Family Services, Inc. Por favor visite nuestro sitio web: www.fs-inc.org

Aplicación de Voluntario 2018-19

CUERDO VOLUNTARIO DE FSI

Family Services, Inc. ("FSI") y todos sus programas componente, es una organización sin fines de lucro que proporciona servicios de alta calidad para fomentar la salud y bienestar en el hogar, escuela y comunidad en los condados de Montgomery y Prince George de Maryland. Es importante que haya leído y comprendido este acuerdo en su totalidad ya que contiene información crítica sobre las **expectativas, conducta, responsabilidad y confidencialidad de un voluntario**. * Si eres menor de 18 años de edad, tú y tus padres deben leer y firmar este acuerdo de voluntario.

FSI ha sido exitosa en la comunidad porque brinda sus programas con respeto, compasión y profesionalismo. Se requiere el mismo nivel de respeto, la compasión y la conducta profesional de todos los empleados y voluntarios, y todas las personas involucradas en la ejecución de los programas FSI deben cumplir con las normas y procedimientos de FSI

Compromiso y código de conducta

- I will be respectful and courteous to clients, staff, fellow volunteers, and members of the public.
- Voy a ser respetuoso y cortés con los clientes, personal, compañeros voluntarios y miembros del público.
- Llegaré a tiempo a mis turnos voluntarios y si no puedo asistir a mi turno programado avisaré a mi supervisor voluntario directamente por teléfono o correo electrónico al menos 24 horas antes de mi voluntariado programado, o tan pronto como sea razonablemente posible.
- Cumpliré con las solicitudes de mis supervisores y llevaré a cabo las tareas de trabajo razonable (a menos que le diga a mi supervisor, de una manera oportuna, que no estoy cómodo con la tarea, o no puedo realizar la tarea).
- Vestiré de una manera profesional que sea consistente con el código de vestimenta de la organización (si hay un código de vestimenta para el programa).
- Políticas importantes y procedimientos para mantener:
- Recordaré registrar mis horas de trabajo voluntario; y
- Se reportarán todos los accidentes o lesiones que ocurran a los participantes, voluntarios, miembros del personal o miembros del público.
- No se discrimina a los clientes en base a raza, religión o antecedentes culturales.
- Yo no participaré en acoso verbal, físico o visual de otro participante, miembro personal, voluntario o miembro del público.
- No usaré indebidamente los fondos del programa, equipo o materiales.
- No voy a estar en posesión o uso de bebidas alcohólicas o drogas ilegales en las instalaciones del programa FSI, ni llegaré a mi turno voluntario bajo la influencia de drogas o alcohol.
- No aportaré en propiedad FSI materiales peligrosos o no autorizados, tales como explosivos, armas de fuego, armas u otros objetos similares.
- No compartiré ninguna información confidencial, como se describe a continuación bajo exención de responsabilidad y confidencialidad.
- No amenazaré o actuaré violentamente hacia cualquier persona.
- No aré nada que pueda poner en peligro la vida, la seguridad, la salud o el bienestar de otros.

Aplicación de Voluntario 2018-19

Exoneración de responsabilidad

- Confirmando que he venido libremente a ser voluntario con un programa que es un componente de servicios de la familia. Inc. (FSI). Entiendo que mi tiempo y mis conocimientos serán voluntarios y no buscaré ningún pago o beneficio a cambio, que no sea la satisfacción de ayudar a la organización.
- Entiendo que FSI hará esfuerzos para asegurar un ambiente seguro, pero no puede garantizar que no encontraré ningún riesgo razonablemente asociado con sus operaciones.
- Entiendo que si yo estoy encargado de un deber del cual no me siento cómodo o calificado para realizar, **no estoy obligado a realizar la tarea**. Es **mi responsabilidad** asesorar al personal de FSI que no estoy cómodo con la tarea.
- Entiendo que como voluntario para FSI, no soy un empleado de la organización y no tengo derecho a ninguna atención de salud o beneficios de compensación del trabajador de la organización, incluyendo el tratamiento de cualquier lesión o condición sostenida en el curso de mis tareas de voluntariado.
- Entiendo que llevar mis pertenencias a locales del FSI está bajo mi propio riesgo.
- FSI no es responsable si alguna de mis pertenencias o elementos bajo mi cuidado personal es perdido, dañado o robado en el curso de mis tareas de voluntariado.
- Entiendo, **renuncio y exoneró cualquier reclamo** para mí, mis herederos, ejecutores, administradores o concesionarios, en contra de Family Services, Inc. (FSI), incluyendo sus empleados, voluntarios y Junta Directiva en relación con cualquier pérdida de propiedad o pérdida financiera, o cualquier lesión, enfermedad o muerte que pueda resultar directa o indirectamente de mi participación como voluntario.

Confidentiality

- Entiendo que pueda acceder a conocimiento de información confidencial durante mi experiencia como voluntario con la organización. Esto puede incluir información relacionada con las circunstancias personales de los clientes de la organización. Entiendo que tengo que tratar esta información como confidencial y solamente discutirla con los voluntarios del personal o programa FSI.
- Entiendo que cualquier información relacionada con donantes, voluntarios, personal, Consejo de administración, clientes, consultores y la operación de la organización puede ser de naturaleza sensible y debe seguir siendo confidencial.
- Los voluntarios de Family Services, Inc. están prohibidos de tomar fotos, video o grabaciones de voz de clientes, personal o instalaciones salvo que tengan consentimiento por escrito del Coordinador de voluntarios de FSI. Esto incluye, pero no se limita a, las cámaras y dispositivos móviles (teléfonos celulares, iPads, etc.). Si un voluntario FSI viola este acuerdo, se tomarán las medidas legales pertinentes.

Yo, *(por favor imprima)* _____, he leído y entiendo el acuerdo voluntario de FSI, que incluye nuestra política de compromiso y código de conducta, responsabilidad y confidencialidad. Estoy de acuerdo en cumplir las normas descritas y entiendo que puedo ser eliminado como participante si violo alguna de estas normas.

Firma del participante

Fecha

Nombre impreso del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Si el participante es menor de 18 años de edad

Aplicación de Voluntario 2018-19

CORPORATE CONFIDENTIALITY AGREEMENT

Información confidencial se define para incluir Información de Salud Protegida (PHI) e información organizacional. PHI es información médica que identifica nuestros pacientes o empleados o puede proporcionar una base para la identificación de nuestros pacientes o empleados, incluyendo información demográfica. PHI se refiere al pasado, condición de salud física o mental presente o futura y los servicios de salud relacionados. Información organizacional es información como personal, clínica e información de las operaciones de negocio.

Entiendo que en el desempeño de mis funciones como empleado/voluntario/contratista de Family Services, Inc. pueda ser proporcionado, entrar en contacto, escuchar, ser necesario para tener acceso a o estar involucrados en el procesamiento de la información organizacional y PHI. Entiendo que es mi responsabilidad proteger la confidencialidad de la información organizacional y PHI. Entiendo que todas las formas de comunicación son protegidas, es decir, escrita, oral o electrónica.

Family Services, Inc. prohíbe acceso a, uso de, o alteración de información confidencial sin la autorización correspondiente. Estas autorizaciones se conceden únicamente cuando es razonablemente necesario para satisfacer los negocios, empleado o necesidades del paciente. Una vez que se concede el acceso autorizado, entiendo que el acceso a la información confidencial está limitado por mi necesidad de conocer y que cualquier información confidencial obtenida a través de dicho acceso no puede utilizarse para cualquier propósito no autorizado. Yo no puedo revelar cualquier información confidencial sin autorización válida, para cualquiera que no sea un empleado que tengan una necesidad legítima de saber.

Entiendo que todo PHI es confidencial y su divulgación se rige por la ley y la política. Entiendo que PHI nunca se debe discutir con nadie que no sea directamente responsable o que tenga necesidad de saber y nunca en lugares públicos tales como pasillos, ascensores, oficinas abiertas, la cafetería u otros lugares donde se pueden escuchar conversaciones. Aseguraré la información impresa y electrónica que contiene PHI del acceso no autorizado.

Entiendo que soy necesario para conformar con leyes estatales y federales, incluyendo el Acto de Portabilidad y Accesibilidad de Seguro Médico Federal (HIPAA) relativo a la privacidad y seguridad de PHI.

Entiendo que estoy obligado a mantener la confidencialidad de la información confidencial en todo momento, tanto en el trabajo como fuera de servicio. Acceder o divulgar información confidencial sin la autorización correspondiente, o uso indebido de información confidencial, es una infracción grave que puede resultar en acción disciplinaria, incluyendo la terminación. Entiendo que podría estar sujeto a acciones legales.

*** Si eres menor de 18 años de edad, tú y tus padres deben leer y firmar este acuerdo.**

Firma:

Fecha:

Nombre impreso del padre/tutor si el participante es menor de 18 años de edad:

Firma del padre o tutor: