



The
COMMUNITY
PLACE of GREATER
ROCHESTER, INC.

Solicitud Para El Programa De Abuelitos De Niños Y Acompañantes De Adultos

Por Favor Use Letra De Molde

Nombre: _____

Dirección _____

teléfono _____ **Seguro Social** _____

Fecha De Nacimiento _____ **Edad** _____

Marque Uno: yo soy: ___Casado/a ___Soltero/a ___Divorciado/a

¿Puede Usted Leer y Escribir? _____

Grado Más Alto Que Completo En La Escuela _____

Ocupación Previa/ Actual: _____

¿Ha Trabajado Usted Con Niños o Con Envejecí entes Frágiles? ___Si ___No

Si Contesta Afirmativo, Por Favor Explique:

¿Como Se Entero Usted Acerca De Nuestros Programas?

¿Que Lo Hace Pensar Que Usted Podría Ser Un Voluntario Exitoso En Nuestros Programas?

¿Ha Aplicado o Ha Trabajado Usted En El Programa de Abuelitos de Niños o Abuelitos Acompañantes Anteriormente? ___Si ___No **Si Contesta Afirmativo, Por Favor Explique**

Persona a Notificar en Caso De Emergencia: _____

Relacion _____ **Telefono** _____ **Direccion** _____

Nombre, Dirección y Teléfono De Medico:

¿Cuenta Usted Con Su Propio Medio De Transportación? ___Si ___No

INGRESO

¿Cuántas Personas Viven Con Usted y Dependen De Su Ingreso? _____

Bajo Mi Mejor Conocimiento y Creencia, Las Sigüientes Cantidades Son La Fuente De Ingreso Mensual Actual De Mi Núcleo Familiar:

Seguro Social \$ _____

SSI \$ _____

Pensión \$ _____

Intereses \$ _____

Otro \$ _____

¿Tiene Usted Que Pagar Cuentas Medicas, Recetas, Primas De Seguros De Salud No Cubiertas Por El Medicare / Medicaid y / u Otro Seguro? ___Si ___No

Si Contesta Afirmativo, ¿Cuanto Aproximadamente Paga Por Mes?

Indique Su Preferencia De Horario De Trabajo:

Mañana Tarde No Preferencia

Anote El Nombre, Dirección y Teléfono De 3 Personas Como Referencias (por ejemplo Ministro, Vecino, Amigo o Compañero de Trabajo Previo (NO FAMILIARES, POR FAVOR))

1. _____

2. _____

3. _____

Bajo Mi Mejor Conocimiento, La Información Mencionada Es Cierta. Mi Firma Indica Mi Permiso Para Que Las Personas Mencionadas Como Referencia Puedan Ser Contactadas.

Firma _____ **fecha** _____



Para asegurarnos de la seguridad de nuestros voluntarios y consumidores, la agencia The Community Place of Greater Rochester conduce y documenta un Chequeo de Antecedentes de Historial Criminal del Servicio Nacional (National Service Criminal History Check) a todos los Abuelitos Voluntarios de Niños y Adultos y a todos los voluntarios del departamento. El Chequeo de Antecedentes de Historial Criminal consiste en un Chequeo del Registro Criminal del Estado y un chequeo en el Registro Publico Nacional de Ofensores Sexuales (NSOPR).

Para poder ser elegible y participar en nuestros Programas de Abuelitos Voluntarios (Foster Grandparent Program & Senior Companion Program) de la Agencia The Community Place of Greater Rochester usted debe estar de acuerdo y autorizar que nuestra agencia haga un chequeo de sus antecedentes en los registros mencionados en el párrafo anterior.

Yo _____ (**escriba su nombre en este espacio**) estoy de acuerdo y autorizo a la agencia The Community Place of Greater Rochester para que haga un chequeo acerca los antecedentes de mi persona en el Registro Criminal del Estado y Nacional.

Firme Aquí: _____ Fecha: _____