

Desert Southwest Chapter

¡Gracias por su interés en ser voluntario con Alzheimer's Association® Desert Southwest Chapter! Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda para que podamos asignarlo a nuestras diferentes oportunidades de voluntariado. Toda la información recopilada por el Desert Southwest Chapter se **mantiene estrictamente confidencial**. Nunca venderemos, intercambiaremos, compartiremos o alquilaremos su información personal a terceros sin su consentimiento previo.

Información del Contacto

nombre _____ fecha _____
 dirección _____ fecha de nacimiento _____
 ciudad _____ estado _____ código postal _____ correo electrónico _____
 teléfono (casa) _____ teléfono (celular) _____

¿ Como escucho de nosotros?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> programa de alz asoci. | <input type="checkbox"/> profesional de la salud | <input type="checkbox"/> periódico | <input type="checkbox"/> poster / espectacular |
| <input type="checkbox"/> Iglesia/organización de fé | <input type="checkbox"/> internet | <input type="checkbox"/> directorio telefónico | <input type="checkbox"/> televisión |
| <input type="checkbox"/> organización comunitaria | <input type="checkbox"/> revista | <input type="checkbox"/> radio | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> amigo/familiar | <input type="checkbox"/> anuncio en la calle | <input type="checkbox"/> tú mismo | _____ |

Experiencia Previa

Educación / experiencia de trabajo:

Usted tiene experiencia previa en entrenamientos de:

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> oficina | <input type="checkbox"/> computadoras | <input type="checkbox"/> intervención en crisis | <input type="checkbox"/> recaudación de fondos | <input type="checkbox"/> servicio social |
| <input type="checkbox"/> comunicación | <input type="checkbox"/> consejería | <input type="checkbox"/> educación | <input type="checkbox"/> leyes | <input type="checkbox"/> programador |

Otras habilidades / entrenamientos:

¿ Usted habla otro idioma además del español? (por favor enlistelos)

Experiencia previa como voluntario:

Pasatiempos / intereses personales:

Nombre: _____

Fecha: _____

Aplicación para Voluntarios

Información del Voluntario

¿Por que está interesado en ser voluntario en Alzheimer's Association?

¿Qué área (s) de Alzheimer's Association es el que más le interesa?:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo / Política Pública | <input type="checkbox"/> Ferias de Salud | <input type="checkbox"/> Participación Multicultural | <input type="checkbox"/> Eventos Especiales |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar / Administrativo | <input type="checkbox"/> Proyectos de Internet | <input type="checkbox"/> Representante Comunitario | <input type="checkbox"/> Facilitador de Grupo de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Educación Comunitaria | <input type="checkbox"/> Correspondencia | <input type="checkbox"/> Comité de Planeación | <input type="checkbox"/> Teléfono de la Línea de Ayuda |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo | <input type="checkbox"/> Memory Walk | <input type="checkbox"/> Equipo de presentadores | <input type="checkbox"/> Otro: |

¿Qué días y horas está disponible para hacer trabajo voluntario?:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> En las Mañanas | <input type="checkbox"/> Lunes | <input type="checkbox"/> Jueves | <input type="checkbox"/> Cuando me soliciten |
| <input type="checkbox"/> Tardes | <input type="checkbox"/> Martes | <input type="checkbox"/> Viernes | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Miércoles | <input type="checkbox"/> Fin de Semana | |

¿Necesita alguna adaptación especial para realizar sus tareas de voluntario?

Referencias (no familiares)

nombre	nombre
dirección	dirección
ciudad estado código postal	ciudad estado Código postal
teléfono de día	teléfono de día

Contacto de Emergencia

nombre	teléfono de casa
dirección	trabajo u otro teléfono
ciudad estado código postal	relación con usted

Opcional, Información de Emergencia

proveedor de aseguranza médica	id #	tipo de sangre
alergias		
medicamentos		

firma fecha