



Estado de Nueva Jersey

DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES



SOLICITUD DE VOLUNTARIO(A)

Sírvase Usar Máquina de Escribir o Letra de Molde

Información Personal

Institución de Corrección _____ Fecha _____

Nombre: _____
Apellido Nombre de Pila Segundo Nombre de Pila

Nombre de nacimiento: _____
Apellido Nombre de Pila Segundo Nombre de Pila

Núm. de Seguro Social: _____ Sexo: M F Color de los Ojos: _____

Núm. de Tel. de la Casa: _____ Estatura: _____ pies _____ pul. Color del Pelo: _____

Núm. de Tel. Celular: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Núm. de Tel. del Trabajo: _____

¿Tiene usted limitaciones físicas? Sí No Si contestó que sí, dé detalles _____

Dirección

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Residente del Estado: _____ Años

Núm. de Pasaporte: _____ (si lo hay)

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad de Nacimiento: _____

Estado: _____

País: _____

Ciudadano de los E.E.U.U.: Sí No

Información de Vehículo

Núm. de la Placa de Matrícula del Vehículo: _____ Estado: _____

Núm. de la Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Marca del Vehículo: _____ Año: _____ Modelo del Vehículo: _____ Color: _____

Persona a notificarse en caso de emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____
Apellido Nombre de Pila

Calle: _____ Núm. de Tel.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Educación / Formación / Organizaciones

Bachillerato / GED (Diploma de Equivalencia de Escuela Secundaria): Sí No Licenciatura: Sí No

Universidad: _____ Licenciatura / Especialización: _____
Nombre

Formación Especial: _____

Licencia(s) / Certificado(s): _____

La organization con la cual usted está asociado(a): _____
Nombre de la organización Persona de Contacto y Número de Teléfono

Trabajo anterior como voluntario(a)

Nombre de la Agencia: _____ Núm. de Tel.: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tipo de servicio: _____ Días en que trabajaba: _____

Trabajo de Voluntario que usted preferiría

Marque los días e indique las horas que puede trabajar

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Enseñanza | <input type="checkbox"/> Domingo | Horas - _____ |
| <input type="checkbox"/> Tutoría | <input type="checkbox"/> Lunes | Horas - _____ |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento | <input type="checkbox"/> Martes | Horas - _____ |
| <input type="checkbox"/> Consejero(a) | <input type="checkbox"/> Miércoles | Horas - _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios / Estudios Religiosos | <input type="checkbox"/> Jueves | Horas - _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Viernes | Horas - _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sábado | Horas - _____ |

En pocas palabras, diga por qué usted desea trabajar como voluntario(a) _____

Pruebas de tuberculosis

Se exige que todos los voluntarios se sometan a pruebas de tuberculosis anuales.

Antecedentes Penales

- ¿Ha recibido alguna vez un fallo de culpable por un delito? Sí No
Si contestó que sí, sírvase dar detalles en una Investigación de Antecedentes Penales (Formulario 12 de SID)
- ¿Tiene usted parientes, consanguíneos o políticos, encarcelados en cualquiera de las instituciones de corrección de Nueva Jersey? Sí No
- En la actualidad, ¿es usted un(a) visitante aprobado(a) o está usted en una lista de visitas de cualquier confinado encarcelado en cualquiera de las instituciones de corrección de Nueva Jersey? Sí No
- Si contestó que sí a la pregunta 2 o a la 3 que antecede, dé el(los) nombre(s), el(los) número(s) del Estado y la(las) institución(es) de Corrección:

Derecho a la Intimidad / Verificación con la Policía Estatal

Antes de que se le apruebe como voluntario(a), se le tomarán fotos para los propósitos de identificación, y esta institución de corrección hará una verificación con la Oficina de la Policía Estatal para la Identificación (State Police Bureau of Identification (S.B.I.)). Podrán también tomársele las huellas digitales.

Por la presente, renuncio a mi derecho a la intimidad de mis expedientes y permito que se verifique mi trasfondo con las autoridades para la Ejecución de la Ley. Comprendo además que toda la información se ha de mantener confidencial y certifico que la información que esta solicitud contiene es exacta y verdadera. Si se me aprueba como voluntario(a), cumpliré con todas las reglas y normas que rigen a este programa.

Firma del(la) voluntario(a)

Fecha

SÓLO PARA USO OFICIAL - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SÓLO PARA USO OFICIAL

Area assigned: _____ I.D. Card: _____ Date: _____

Special Conditions: _____ S.B.I. Check: _____ CCH: _____

Pruebas de tuberculosis: _____ Fecha: _____ Resultados: _____

Printed Name and Signature of Coordinator of Volunteer Services Date

Printed Name and Signature of Area Supervisor Date

Printed Name and Signature of Administrator Date