Luzerne County Head Start, Inc.

# Solicitud Voluntariado de la Agencia

☐ **Voluntario de Primer Año** ☐ **Voluntario de Año Consecutivo**

**Tipo de Voluntario:** ☐ **Padre** ☐ **Comunidad/Agencia:**_____ ☐ **Alumno/Estudiante**

Nombre del voluntario: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Niño/Niña:(Se Aplica)_____ Lenguaje Primario: _____

**¿Qué días y horarios te gustaría ser voluntario?**

☐ Lunes ☐ AM ☐ PM ☐ Martes ☐ AM ☐ PM ☐ Miércoles ☐ AM ☐ PM ☐ Jueves ☐ AM ☐ PM ☐ Viernes ☐ AM ☐ PM

**¿Con qué frecuencia le gustaría ser voluntario?**

☐ Ocasionalmente ☐ Semanalmente ☐ Mensual ☐ Fines de semana (Cuando esté disponible)

**¿De qué manera le gustaría ser voluntario? (por favor marque todos los que apliquen)**

☐ Aula ☐ Compromiso Familiar ☐ Servicios de Salud ☐ Servicios de Mantenimiento ☐ Servicios de Nutrición

**Experiencia Previa de Voluntariado:**

_____

_____

**Destrezas/Habilidades/Intereses Especiales:**

_____

_____

**Información de Salud del Voluntario:**

**1. Verifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

**2. Al firmar, autorizo al personal de Head Start a administrar primeros auxilios básicos. Autorizo a Head Start a obtener transporte y atención de emergencia cuando sea necesario. Entiendo que se utilizará el hospital más cercano si es necesario.**

_____
Imprimir Nombre

_____ _____
Firma Fecha