



OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Un proyecto del Consejo de Oklahoma para las Incapacidades del Desarrollo



Solicitud para el Personal

Información personal

Apellido		S.N.	Nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo		Número del Seguro Social
Domicilio		Ciudad		Estado Código postal
Prefijo	Teléfono del hogar		Prefijo	Otro teléfono
Correo electrónico				

¿Alguna vez ha sido arrestado o a sido convicto por una acción criminal que no haya sido una infracción menor de tráfico? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

¿Usted tiene su propio carro? Sí No

Número de la licencia de conducir: _____

¿Tiene seguro de responsabilidad limitada? Sí No

Nombre de la compañía del seguro y número de la póliza:

¿Tiene alguna condición física que le pueda impedir hacer las actividades de voluntario/a? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

Información general

Preferencias de asignación. Marque las cajillas apropiadas.

- Facilitador de grupo/asistente de programa
- Supervisor(a) de dormitorios/residencias
- Estudiante voluntario

¿Cómo se enteró del Foro de Líderes Jóvenes (YLF)?

Educación

Marque el último año que terminó en la escuela:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Universidad:

1 2 3 4

Materia mayor	Materia menor
Escuela empresarial o vocacional	
Otro curso de capacitación	
Ocupación previa o actual	

Intereses

¿Alguna vez ha participado en algún trabajo junto con jóvenes? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la organización y el tipo de trabajo desarrollado.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Haga una lista de sus intereses, pasatiempos y habilidades.

¿Habla otro lenguaje aparte del inglés?

Sí No

Si la respuesta es sí, especifique. _____

Brevemente, explique por qué desea ser voluntario o parte del personal del YLF.

Referencias

Haga una lista de tres informes. Por lo menos dos tienen que ser personas que no sean parientes y que lo/la conozcan por más de dos años.

Primero Nombre de la referencia				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Prefijo	Número de teléfono	Ocupación		

Segundo Nombre de la referencia				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Prefijo	Número de teléfono	Ocupación		

Tercero Nombre de la referencia				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Prefijo	Número de teléfono	Ocupación		

Yo certifico que la información de arriba es correcta y verídica según mi mejor conocimiento. Yo autorizo al Consejo de Oklahoma para las Incapacidades del Desarrollo (ODDC) para que use la información de arriba para completar la investigación de los archivos criminales y de infracciones de tráfico y el Registro Central del Abuso Infantil, Departamento de la Seguridad Pública, y otras investigaciones de los antecedentes que apliquen.

 Firma del/de la solicitante

 Fecha

AVISO: La falta de firmar esta forma resultará en la suspensión de su solicitud.