

Nemaha Valley Community Hospital Postulación para servicios de voluntariado

Oportunidades de voluntariado:

- Apoyo al paciente
- Mostrador de información
- Cuidado de plantas
- Clínicas de vacunación
- Agradecimiento al personal
- Elaboración de acolchados, tejido, costura
- Mantenimiento de terrenos
- Proyectos especiales

**Escriba con letra de imprenta*

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico:

N.º de teléfono principal: _____ **Mensaje de texto:** Sí No

Fecha de nacimiento: _____

Referencia personal o laboral: _____

(Que no sea un familiar.)

Nombre

N.º de teléfono

Nombre de la escuela (si corresponde): _____

Talla de camisa: _____

Persona a notificar en caso de emergencia:

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nota: una fuente de comunicación es el correo electrónico, por lo tanto, es posible que compartamos su nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono solo con otros voluntarios, a menos que prefiera renunciar a esa opción.

En unas pocas oraciones, describa por qué desea ser voluntario en NVCH:

***Todos los postulantes:** *mi firma indica que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal entender. Estoy de acuerdo en que (1) cualquier ofrecimiento de servicio voluntario queda a discreción exclusiva de los coordinadores de Servicios de Voluntariado y está condicionado a que complete de manera oportuna y exitosa los requisitos de antecedentes, salud y capacitación; y (2) los servicios voluntarios se prestan gratuitamente y sin expectativa de pago por los servicios prestados.*

Firma y aclaración del postulante

Fecha

Padre, madre o tutor de un postulante menor de edad entre 15 y 17 años: *mi hijo/a tiene mi permiso para postularse y participar en el programa de Servicios de Voluntariado de Nemaha Valley Community Hospital. En el caso de que mi hijo/a llegue a ser participante, por la presente doy mi permiso para que (1) asista a la capacitación y se desempeñe como voluntario en NVCH, y (2) que NVCH administre tratamiento médico de emergencia a mi hijo/a en caso de que se lesione mientras participa y los esfuerzos para contactarme sean infructuosos.*

Firma y aclaración de padre/madre/tutor Legal

Fecha

Con vigencia: 01/19/2018

Revisiones: 05/2021, 4/2022, 1/2025