SOLICITUD DE VOLUNTARIADO DEL PROGRAMA 4-H

DATOS PERSONALES

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:	Nombre de preferencia:

Dirección postal:	Dirección postal 2:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono principal	Teléfono celular:	¿Desea recibir notificaciones por mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No	Teléfono del trabajo:

Años con el programa 4-H	Persona contacto en caso de emergencia:	Teléfono del contacto en caso de emergencia:	Celular del contacto en caso de emergencia:	Parentesco con persona contacto en caso de emergencia:	Condado de 4-H

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

DATOS DEMOGRÁFICOS

Origen étnico: ¿Su origen étnico es hispano/latino? ☐ Sí ☐ No	Familia en servicio militar: Estatus del miembro de familia en servicio militar: Sección de servicio: Componente de sección:

Raza: Si usted seleccionó "no hispano", debe seleccionar una de las siguientes razas.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o Afroamericana
- ☐ Asiática
- ☐ India americana o nativa de Alaska
- ☐ Nativo de Hawai o de Islas del Pacífico
- ☐ Múltiple (otras combinaciones)

En dónde reside:

- ☐ Finca/rancho/granja
- ☐ Pueblo/Ciudad con 10,000-50,000 habitantes y suburbios cercanos
- ☐ Ciudad central con más de 50,000 habitantes)
- ☐ Poblado con menos de 10,000 habitantes y zona rural no agrícola
- ☐ Suburbio de una ciudad con más de 50,000 habitantes

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estándares de conducta para los voluntarios del Programa 4-H de Carolina del Norte

Las familias y otras organizaciones al servicio de los jóvenes, ponen su confianza en la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte para brindar liderazgo y cuidado de calidad a los participantes de los programas 4-H. La oportunidad de trabajar con los jóvenes es un puesto de confianza privilegiado, el cual debe ser ocupado por quienes están dispuestos a comprometerse a comportarse de una manera que satisfaga esa confianza. Por tales motivos, se presentan las siguientes pautas de conducta para los voluntarios que trabajan en el programa de Extensión Cooperativa de Carolina del Norte 4-H.

1. Tratar a los demás de forma cortés y respetuosa; mostrar conductas apropiadas que representen un modelo positivo para los jóvenes.
2. Obedecer las leyes locales, estatales y nacionales.
3. Realizar todo esfuerzo razonable para asegurar que los programas juveniles de 4-H sean accesibles para los jóvenes sin importar raza, color de piel, país de origen, religión, sexo, edad, discapacidad o afiliación política y de fomentar un espíritu de positivismo.
4. Reconocer que el abuso verbal y/o físico, y/o negligencia hacia los jóvenes es inaceptable en los programas 4-H; y reportar cualquier sospecha de abuso ante los oficiales del programa 4-H o bien, a las autoridades apropiadas.
5. No participar en abuso o negligencia -ni tolerarlo - cuando suceda fuera del programa 4-H para jóvenes; y reportar cualquier sospecha de abuso a las autoridades apropiadas.
6. Operar vehículos motorizados (incluyendo maquinaria o equipo) de forma segura y confiable -solamente con una licencia válida de operario y bajo la cobertura de seguro requerida.
7. Informar al personal del Programa 4-H del condado sobre cualquier arresto o cargo presentado por actividades delictivas. (Posiblemente se requiera suspensión temporal mientras está aún pendiente la resolución.)
8. Notificar al personal de la Extensión de inmediato sobre cualquier incidente que pueda ser una infracción a las políticas del Programa 4-H o a los derechos personales.
9. No exigir que los participantes del Programa 4-H compren materiales, suministros, equipos, animales o servicios de un proveedor en particular.
10. Enseñar a los participantes del Programa 4-H a dar cuidado apropiado y humanitaria a los animales.
11. No consumir alcohol ni sustancias ilegales mientras se es responsable de actividades con jóvenes del Programa 4-H; ni permitir que dichos jóvenes bajo supervisión lo hagan.
12. Aceptar la supervisión y apoyo del personal del Programa 4-H del condado, distrito, estado mientras participe en el programa 4-H.

Acuerdo de Voluntariado del Programa 4-H de Carolina del Norte

Se les pide a los voluntarios considerar cuidadosamente las siguientes expectativas y confirmar su voluntad de cumplirlas mediante su firma donde se indica. Además, aquellos adultos que sirvan como voluntarios han de esperar lo siguiente de parte de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte (*NCCE*, por sus siglas en inglés).

NCCE ESTÁ DE ACUERDO EN:

- Proporcionar orientación y capacitación para el puesto que se ocupe.
- Establecer instrucciones y tono educativo.
- Proporcionar descripciones de trabajo.
- Proporcionar asistencia, apoyo y estímulo.
- Otorgar reconocimiento por la energía y el tiempo dedicado al trabajo.
- Dar información sobre eventos y actividades por venir.
- Llevar a cabo evaluaciones anuales.
- Proporcionar oportunidades de capacitación y materiales para desarrollar comprensión sobre las tareas del voluntariado y su administración.
- Proporcionar materiales educativos a utilizarse en proyectos y organizaciones del club.
- Proporcionar información oportuna acerca de eventos, programas, y oportunidades para los jóvenes a nivel del condado, del estado y del país.

EL VOLUNTARIO ESTÁ DE ACUERDO EN:

- Terminar la orientación y capacitación de nuevo líder del Programa 4-H.
- Prestar apoyo a los programas y personal de *Extensión*.
- Participar en las reuniones y capacitación de la Asociación de Líderes del Condado, según sea apropiado.
- Informar a los jóvenes inscritos sobre otras oportunidades que ofrece *Extensión*.
- Proporcionar anualmente a la oficina de *Extensión* actualizaciones de datos.
- Cumplir con los estándares de conducta para los voluntarios del Programa 4-H de Carolina del Norte.
- Participar en capacitación disponible según sea apropiado para cumplir con los deberes.
- Ver el vídeo sobre cómo reportar abuso de menores -https://www.youtube.com/watch?v=C9Jnqk0Yrgc&feature=em-upload_owner

☐ Sí, estoy de acuerdo Firma: _____

Talla de playera/camiseta _____

FORMULARIO DE SALUD

Esta persona toma medicamentos de manera periódica: ☐ Sí ☐ No	Medicamento 1 – Nombre, razón, dosis, hora de tomarla	Medicamento 2 – Nombre, razón, dosis, hora de tomarla	Medicamento 3 – Nombre, razón, dosis, hora de tomarla	Medicamento 4 – Nombre, razón, dosis, hora de tomarla

Alergias conocidas por alimentos, medicamentos, picaduras o picaduras de insectos, etc.

Marque la casilla si la respuesta es "si" para indicar si usted tiene alguna de estas condiciones médicas. Si la respuesta es "sí" para cualquiera de las condiciones médicas, escriba mayores detalles en los renglones provistos al final de la sección.

Sí

- ☐ Afección nerviosa o mental – como epilepsia, estrés emocional, convulsiones, pérdida del conocimiento, mareos, parálisis, ansiedad frecuente, llanto excesivo
- ☐ Trastorno de pulmón - asma, tos persistente, tuberculosis
- ☐ Trastornos del corazón - presión arterial anormal o elevada, historial de afecciones del corazón
- ☐ Dolor de pecho o dificultad para respirar –Soplo cardíaco, fiebre reumática
- ☐ Afección estomacal o intestinal -úlceras, trastorno del hígado o vesícula biliar, hernia, colitis
- ☐ Artritis, diabetes, trastorno de riñón o vejiga
- ☐ Fiebre del heno o alergias de temporada
- ☐ Impedimentos de audición
- ☐ Usa anteojos o lentes de contacto
- ☐ Alergia a picadura de abejas o insectos
- ☐ Alergias alimentarias
- ☐ Alergias a medicamentos

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas médicas anteriores, por favor explique su respuesta:

¿Tiene alguna afección médica que no ha sido mencionada, sobre la cual deberíamos saber? De responder "sí", explique:

Fecha de la última vacuna contra la influenza: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

Nombre y número de teléfono de su médico: _____

EVALUACIÓN DEL VOLUNTARIO

Entiendo que mi participación como voluntario depende de los resultados de la verificación de mis antecedentes penales. ☐ Sí ☐ No	¿Ya ha sido voluntario/a del Programa 4-H anteriormente ☐ Sí, ya he sido voluntario/a ☐ No, no he sido voluntario/a	¿Por qué le interesa ser voluntario del Programa 4-H?	¿Alguna vez ha trabajado con jóvenes? Explique brevemente:	¿Qué compromiso de tiempo piensa en dedicar?

¿Usted es un ex participante del Programa 4-H? ☐ Sí, soy ex participante del Programa 4-H ☐ Sí, soy miembro actual del Programa 4-H ☐ No, no soy ex participante ni miembro actual del Programa 4-H	Si respondió "sí", ¿en dónde fue miembro del Programa 4-H (ciudad/estado)?

¿Tiene usted acceso a un automóvil? ☐ Sí ☐ No	Número de licencia, estado de emisión y fecha de vencimiento De no tener, escriba "ninguna".	¿Alguna vez ha recibido una infracción de tránsito? Si respondió "sí", explique: De no haberla recibido, escriba "ninguna".

Historial de empleo: Ocupación actual, empleador, ciudad y estado	Historial de empleo (de los últimos 7 años) Ocupación previa, empleador, ciudad y estado
Nombre de la última escuela a la que asistió o a la que actualmente asiste; ciudad y estado: ¿Se graduó? ☐ Sí ☐ No ☐ Obtuve certificado *GED*	Educación posterior a la preparatoria (High School): Universidades, escuelas técnicas, colegios vocacionales; ciudad, estado y título obtenido

Referencias:
Liste tres personas, que no sean sus familiares, las cuales le conozcan desde hace por lo menos dos años. Proporcione la dirección completa, números telefónicos, correo electrónico y cuál es su relación con esa persona.

Número de Seguro Social
Se piden datos de número de seguro social con el solo propósito de llevar a cabo verificación de antecedentes penales. Proporcionar estos datos es opcional; sin embargo, para aquellos puestos de voluntariado que exigen verificación de antecedentes penales (líder de club 4-H, transporte de jóvenes, vigilancia en eventos nocturnos, administradores de cuentas de club/grupo 4-H), estos datos son necesarios para participar en el programa.

☐ Ninguno
☐ En este momento, estoy de acuerdo en proporcionar mi número de seguro social
☐ En este momento, NO estoy de acuerdo en proporcionar mi número de seguro social. Entiendo que mi participación en el voluntariado puede ser limitada.

Número de Seguro Social:

Autorizo la comunicación con las personas de referencia indicadas anteriormente, empleadores anteriores y organizaciones de voluntariado. Entiendo que la omisión o falsificación de datos solicitados es causa para no asignarme o despedirme como voluntario del Programa 4-H. Si se me asigna como voluntario/a, estoy de acuerdo en cumplir con las políticas del programa de Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y cumplir con mis responsabilidades como voluntario del Programa 4-H de Carolina del Norte lo mejor que pueda

Por la presente, autorizo al agente del Programa 4-H, o al representante autorizado de la organización que lleva esta solicitud, a que obtenga y divulgue cualquier información relacionada con mis antecedentes, con el solo propósito de obtener verificación de antecedentes penales o infracciones de tránsito. Otorgo mi consentimiento para que se realice una verificación de antecedentes penales y de infracciones de tránsito.

Certifico que, a mi mejor saber y entender, todas mis afirmaciones son verdaderas, correctas, completas y de buena fe.

☐ Sí, estoy de acuerdo Firma: _____

Si el voluntario es un menor de edad (menos de 18 años) Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Para uso del personal solamente

La información dada por las personas nombradas para dar referencia fue: ☐ Satisfactoria ☐ Insatisfactoria

Fecha de verificación de datos de referencia: _____ Nombre de quien realizó la verificación _____

De contestar *insatisfactoria*, explique el motivo

_____

La verificación de antecedentes penales fue: ☐ Satisfactoria ☐ Insatisfactoria

Fecha de verificación de antecedentes penales: _____ Nombre de quien realizó la verificación _____

De contestar *insatisfactoria*, explique el motivo

_____

ACUERDO DEL VOLUNTARIO SOBRE LA EXENCIÓN, EXONERACIÓN E INDEMNIFICACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD, ASÍ COMO AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN EN MEDIOS

He aceptado servir como voluntario/a del Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y del Estado de Carolina del Norte, reconozco que mi participación como voluntario es un privilegio que me otorga el Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y del Estado de Carolina del Norte. Entiendo por completo, aprecio y asumo todos los riesgos relacionados con mis deberes de voluntario/a. Por la presente, afirmo y reconozco que se me ha informado por completo acerca de los peligros inherentes y sobre los riesgos asociados a mi voluntariado, incluyendo daños a la propiedad, caídas, contacto con otros participantes, accidentes de vehículos motorizados, picaduras, mordeduras, rasguños, exposición a fauna y naturaleza, así como otras lesiones personales. Acepto y asumo todo riesgo, conocido y desconocido, relacionado con mi persona y propiedad en las actividades de voluntariado, y de mi propia voluntad participo según mi propio juicio y conocimiento de mi experiencia y capacidades, así como de afecciones médicas u otras condiciones. En consideración por permitirme participar, por la presente, estoy de acuerdo con lo siguiente:

De forma voluntaria eximir y exonerar de toda responsabilidad al Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y al Estado de Carolina del Norte, -a sus administradores, oficiales, directivos, empleados, agentes y otros voluntarios- de toda reclamación, motivos de demandas o daños por lesiones corporales o fallecimiento que yo pueda sufrir como resultado directo o indirecto, relacionado u ocasionado cercanamente a mi participación como voluntario. Entiendo que esta exención y exoneración impide mi derecho a la recuperación de daños, en caso de que sea lesionado/a durante el transcurso de mis deberes o actividades como voluntario. Entiendo que posiblemente existan primeros auxilios disponibles en el sitio, y de presentarse lesiones, se buscará auxilio médico y/o de hospital. Por la presente, otorgo mi autorización a los proveedores de servicios médicos para llevar a cabo procedimientos de diagnóstico, terapia y operación según se estime necesario para mi persona. La fotocopia de la presente autorización ha de ser considerada tan válida como la original. Además, entiendo que el tratamiento por cualquier atención médica que se me facilite es responsabilidad mía y será pagado por mi o por mi cobertura de seguro médico.

Habré de defender, exonerar e indemnizar al Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y al Estado de Carolina del Norte, -a sus administradores, oficiales, directivos, empleados, agentes y otros voluntarios- de y contra todo daño, reclamación, pérdida, motivos de demanda, juicios, liquidación, costos y gastos (incluyendo, aunque sin limitarse a costos de peritaje y honorarios de abogado razonables), los cuales pudieran surgir en algún momento o ser reclamados por alguna persona como resultado de lesión corporal, fallecimiento o daños a la propiedad o bien, como resultado de cualquier otra reclamación o motivos de demanda de cualquier naturaleza, que pudieran surgir en alguna forma o en relación directa o indirecta con omisiones o acciones mías en el desempeño de mis labores como voluntario/a en el Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y Estado de Carolina del Norte.

Por la presente, estoy de acuerdo en ser fotografiado/a, grabado/a en audio o vídeo por el personal del Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y Estado de Carolina del Norte. Además, estoy de acuerdo en que mi imagen o aspecto en fotografías, vídeos o audio, pueda ser usado para propósitos educativos o promocionales, incluyendo publicaciones en Internet. Estoy de acuerdo en que tal uso de mi imagen puede ser sin compensación para mí. Por la presente, renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o autorizar el material terminado en forma electrónica, fotográfica o impresa que pueda ser usado conjuntamente ahora o en el futuro. De forma expresa, exonero al Programa 4-H de la Extensión Cooperativa de Carolina del Norte y al Estado de Carolina del Norte, a sus administradores, empleados, licenciatarios y asignatarios de cualquier reclamación que pueda yo tener por invasión de la privacidad, derecho de publicitar, difamación, infracción de derechos de autor y cualquier otro fundamento de causa que pudiera surgir del uso, adaptación, reproducción, distribución, difusión o exhibición de tales grabaciones.

☐ Yo estoy **de acuerdo** con el uso de fotografías y de medios para toda divulgación pública por parte de la Universidad Estatal de Carolina del Norte (en inglés NC State University)
☐ Yo **no estoy de acuerdo** con el uso de fotografías y de medios para toda divulgación pública por parte de la Universidad Estatal de Carolina del Norte (en inglés NC State University)

Comprendo que el presente es un documento legal el cual es vinculante hacia mi persona, mis herederos y asignatarios y aquellos que pueden reclamar por mi parte o mediante mi persona. Tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad y en posesión de plena capacidad para celebrar este acuerdo de manera voluntaria.

Si el voluntario es un menor de edad (menos de 18 años) Firma del padre, madre o tutor legal:

_____

He leído el presente, entiendo por completo y estoy de acuerdo en asumir los riesgos, en la exención, exoneración e indemnificación de toda responsabilidad según los términos establecidos anteriormente.