



**COMMUNITY BRIDGES**  
**PUNTES DE LA COMUNIDAD**

# **SOLICITUD PARA VOLUNTARIOS MENORES DE EDAD**

**PUNTES DE LA COMUNIDAD ESTÁ COMPROMETIDO A FORTALEZER  
NUESTRA COMUNIDAD DIVERSA CON SERVICIOS HUMANOS INNOVADORES**

**DESDE 1977, NOSOTROS HEMOS SIDO UN CATALIZADOR POR UN FUTURO  
PROSPERO, OFRECIENDO AYUDA Y DANDO LA MANO A LAS PERSONAS DEL  
CONDADO DE SANTA CRUZ.**

Gracias por su interés en ser voluntario con Puentes de la Comunidad

519 Main Street Watsonville, CA 95076 | Teléfono: (831) 688-8840 ext. 200 | Fax: (831) 688-8302

[www.communitybridges.org](http://www.communitybridges.org)

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Su Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

¿Es mayor de 18 años? Si No Si contestaste no, ¿cuántos años tiene?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Puentes de la Comunidad? \_\_\_\_\_

**¿En cuales programas tiene interés de ser voluntario? Por favor especifique el programa y/o ubicación.**

(Puedes encontrar información adicional en [www.communitybridges.org](http://www.communitybridges.org))

Programas:

Administración (ADM)  
Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP)  
Lift Line (LL)  
Elderday (ELD)  
División de Educación Temprana (EED)  
Colectiva de Recursos Familiares (FRC)  
Meals on Wheels (MOW)  
Women, Infants, and Children (WIC)

Ubicaciones:

Valle de San Lorenzo (EED, MOW, FRC, WIC)  
Santa Cruz (ELD, EED, FRC, MOW, WIC)  
Capitola/Live Oak (FRC, MOW)  
Watsonville (EED, FRC, MOW, WIC, ADM, CACFP, LL)

¿Qué lenguajes habla? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana quisiera ser voluntario? \_\_\_\_\_

Por favor proporcione las horas que estaría disponible para ser voluntario:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Por favor adjunte su currículum y/o describa brevemente sus conocimientos e intereses particulares que usted tenga acerca de ser voluntario con Puentes de la Comunidad:



**COMMUNITY BRIDGES**  
**PUENTES DE LA COMUNIDAD**

### **Acuerdo y Liberación de Voluntarios Menores de Edad**

Yo, el firmante o padre/guardián del voluntario menor de edad (si el participante es menor de 18 años de edad) doy permiso a mi hijo/a que sea voluntario/a y ofrezca sus servicios a varias organizaciones de servicios a la comunidad y proyectos de Puentes de la Comunidad. Como un participante en oportunidades organizadas por Puentes de la Comunidad (sucesivamente referenciado como “los” Puentes de la Comunidad), y en consideración de los esfuerzos de Puentes de la Comunidad para localizar, arreglar, coordinar y/o hacer disponibles oportunidades para voluntarios, yo estoy de acuerdo y libero a Puentes de la Comunidad y todas sus entidades afiliadas de la siguiente manera:

1. Yo entiendo que mi hijo/a es un/a voluntario/a y no un/a empleado/a de Puentes de la Comunidad. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que los servicios comunes que típicamente hacen los voluntarios, y que mi hijo/a puede hacer como voluntario de Puentes de la Comunidad, puede involucrar un posible riesgo de lesión. Yo voluntariamente y libremente doy permiso a mi hijo/a que sea voluntario/a y yo asumo cualquier y todos los riesgos en conexión con la participación voluntaria de mi hijo/a, incluyendo pero no limitando, riesgo de cualquier accidente o lesión a personas o propiedad que mi hijo/a puede sostener en conexión con su participación como voluntario o cualquier actividad o proyecto relacionado. **Además de lo anterior, mi hijo/a nomas participara en proyectos de Puentes de la Comunidad y otras actividades que él o ella sea capaz físicamente de hacer si ningún riesgo de lesión.**
2. Yo entiendo que los Puentes de la Comunidad está involucrado en asistiendo a niños, personas de la tercera edad y otras poblaciones vulnerables. Yo entiendo que para la protección de estas poblaciones, los Puentes de la Comunidad requiere revelación de antecedentes criminales para todos los voluntarios. **Yo confirmo, represento y garantizo que mi hijo/a nunca ha sido condenado o acusado de un crimen violento, abuso o negligencia infantil, pornografía infantil, abducción, secuestro, violación u ofensa sexual o cualquier otra violación de la ley, ni tampoco mi hijo/a ha sido ordenado por la corte a recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico.**
3. Yo libero a los Puentes de la Comunidad, sus socios de servicio comunitario, agencias asociadas, directores, oficiales, agentes, empleados, sucesores, designados, licenciados, patrocinadores, donadores, representativos, invitados, afiliados, y voluntarios (los “Partidos de Puentes de la Comunidad”) de y acuerdo a no demandar por, cualquier y todas las reclamaciones y causas o acciones, ya sea conocida o desconocida, surgiendo de, basada en o relacionada a la participación de mi hijo/a como voluntario de los Puentes de la Comunidad o cualquier actividad relacionada o proyecto, incluyendo, sin limitaciones, cualquier negligencia de los partidos de Puentes de la Comunidad. Además,

al grado de que mi hijo/a use su propio vehículo (si aplica) para transportación u otras intenciones en conexión con actividades o proyectos de voluntarios, yo represento y garantizo que él o ella tiene seguro automovilístico al corriente que incluya lesión corporal y daño de propiedad.

4. Yo entiendo que, a menos que haya un acuerdo de los Puentes de la Comunidad en escritura; los Puentes de la Comunidad no tiene ni mantiene seguro automovilístico, salud, médico o compensación de trabajador o cobertura de discapacidad para ningún voluntario. Yo también entiendo que los Puentes de la Comunidad no representa ni garantiza que las agencias, escuelas, negocios, compañías u otras organizaciones no lucrativas a las que sea referido/a él o la voluntario/a no tiene ni mantiene seguro automovilístico, salud, médico o compensación de trabajador o cobertura de discapacidad para ningún voluntario.
5. Yo además doy a los Puentes de la Comunidad, agencias asociadas, sus representantes y sucesores, mi consentimiento para usar el nombre de mi hijo/a, fotografías, parecido, imagen, voz, y biografía en cualquier publicación, anuncios y publicidad, en conexión con su participación con los Puentes de la Comunidad.
6. Este documento también sirve como una liberación de cualquier y todos los menores que estén bajo la supervisión y cuidado de mi hijo/a durante la participación en proyectos de voluntarios coordinados por medio o por los Puentes de la Comunidad. Yo también acuerdo, de parte de mi hijo/a de proporcionar supervisión adecuada y apropiada a los menores mencionados durante la duración de las actividades voluntarias.
7. Esta liberación es para el beneficio de los Puentes de la Comunidad y sus sucesores, licenciados, agentes, empleados, afiliados y asignados. Las leyes del Estado de California gobernarán esta liberación.

Voluntario:

(Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián:

(Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

Para uso de la organización:

Organización: Puentes de la Comunidad

(Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

**Transportación: Información y Liberación**

Mi hijo/a llegara/se irá (Marque todas las que aplique):

En Bicicleta\_\_\_\_\_ A Pie \_\_\_\_\_ Con Padre \_\_\_\_\_

Yo (Nombre completo) \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo/a para viajar a y del programa solo/a.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las únicas personas que están autorizadas para recoger a mi hijo/a son: (por favor incluya el número de teléfono que podamos usar para llamar a los individuos durante las horas del programa.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia Adicional:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Médico que podamos llamar en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista que podamos llamar en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_