



**Solicitud de Voluntariado**

Gracias por su interés en ser voluntari@. Los voluntarios desempeñan un papel crucial al ayudar a cumplir la misión del Centro de Salud Memorial de Virginia García de brindar atención médica culturalmente apropiada y de alta calidad a los residentes de bajos ingresos de los condados de Washington y Yamhill, incluidos los trabajadores agrícolas migratorios y de temporada y sus familias.

Virginia Garcia Memorial Health Center está comprometido a brindar igualdad de oportunidades a los empleados, voluntarios y solicitantes de empleo y está comprometido con una fuerza laboral diversa e inclusiva. Los solicitantes recibirán consideración por participar sin distinción de raza, color, religión, sexo (incluido el embarazo), edad, orientación sexual, origen nacional, estado civil, condición paterna, ascendencia, discapacidad, identidad de género, estado de veterano, información genética, otra características de la diversidad e inclusión, o cualquier otro estado protegido.

Todos los solicitantes deben pasar un control de antecedentes. Los solicitantes calificados con registros de arresto y / o condena serán considerados para el servicio de manera consistente con las leyes federales y estatales. **Para proporcionar servicios voluntarios, debe tener al menos 15 años de edad o más.** Las personas interesadas en ser voluntarios o deben completar la solicitud a continuación antes de comenzar. La colocación de voluntarios depende de las oportunidades disponibles que coincidan con sus habilidades e intereses. Su solicitud se considerará activa cuando Virginia Garcia reciba una solicitud completa y, según sea necesario, documentación adicional.

**Para más información, póngase en contacto con Rachel Flores al 503.852.8681 o [rflores@vgmhc.org](mailto:rflores@vgmhc.org)**

**Por favor envíe su solicitud a través de uno de los siguientes métodos:**

**Por correo:** Virginia Garcia Memorial Foundation  
Attn: Rachel Flores  
PO Box 6149, Aloha, OR 97007

**Por correo electronico:**  
[rflores@vgmhc.org](mailto:rflores@vgmhc.org)

**Por fax:** 503-359-8532

**Información general**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono preferido \_\_\_\_\_

¿Es usted mayor de 18 años (los voluntarios deben tener 15 años o más)?      Sí      No

¿Ha contactado a alguien recientemente con respecto al voluntariado en Virginia Garcia?      Sí      No

En caso afirmativo, explíquelo por favor \_\_\_\_\_

¿Por qué estás interesado en ser voluntario con Virginia Garcia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique su sitio preferido para ser voluntario \_\_\_\_\_

Enumere todas las oportunidades de voluntariado que le interesan (los trabajos y descripciones de voluntarios se pueden encontrar en [www.virginiagarcia.org](http://www.virginiagarcia.org)).

---

---

---

Idiomas conocidas \_\_\_\_\_ Hablar Leer Escribir

### Education

Colegio/Universidad \_\_\_\_\_ Enfoque de estudio / Título \_\_\_\_\_

Estado del estudiante: Full-time Part-time Título recibido

Otras licencias profesionales \_\_\_\_\_

### Disponibilidad (Indique horarios en que está disponible para ser voluntario)

|    | lunes | martes | miércoles | jueves | viernes | sábado |
|----|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| AM |       |        |           |        |         |        |
| PM |       |        |           |        |         |        |

Cualquier otra información que desee que conozcamos sobre su disponibilidad (limitaciones de tiempo específicas, etc.)

---

---

---

### Liberación General

En consideración al Centro de Salud Virginia García Memorial que organiza una asignación de voluntario para mí y con la intención de vincularme a mí mismo, a mis herederos, representantes legales, sucesores y cesionarios, por la presente expreso la SALIDA Y DESPLAZAMIENTO PARA SIEMPRE del Centro de Salud Virginia García Memorial, sus oficiales, directores, empleados, voluntarios, agentes, representantes legales, aseguradores, sucesores y cesionarios de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, responsabilidades y causas de acción que ahora tengo o puedo tener en el futuro, ya sean conocidas o desconocidas, de lo que sea Naturaleza, relacionada con o como resultado de mi selección como voluntario por, o mi servicio como voluntario en, Virginia Garcia Memorial Health Center, ya sea debido o no a la negligencia, responsabilidad estricta o cualquier otra infracción o culpa del Virginia Garcia Memorial Health Center. Esto incluye, pero no se limita expresamente a, muerte, lesiones corporales, lesiones personales, daños a la propiedad, pérdida o robo de propiedad, pérdida económica o cualquier otro daño, pérdida o costo. Este documento se interpretará de acuerdo con las leyes del estado de Oregon. Si surgiera una disputa con respecto al significado de cualquiera de los términos de este documento, la regla de construcción de que un documento se interpreta contra la parte que prepara dicho documento no será específicamente aplicable a la interpretación de este documento. Este liberación general representa el acuerdo completo de las partes y reemplaza a todos y cada uno de los entendimientos orales o escritos, declaraciones, representaciones o promesas anteriores o contemporáneas. Todos los términos de este documento son contractuales y no simples recitales. Reconozco que he leído atentamente esta versión general, conozco y entiendo su contenido, y que este documento se ejecutó de manera libre y voluntaria. Reconozco que se me brindó la oportunidad de buscar asesoría legal independiente en todos los asuntos aquí mencionados antes de firmar esta liberación general.

\_\_\_\_\_(Inicial)

### Firma de renuncia

Reconozco que he leído y entiendo las declaraciones anteriores. Certifico que todas las respuestas a las preguntas en esta solicitud y toda la información adicional que pueda haber enviado son verdaderas y completas según entiendo. Entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud puede resultar en la terminación de mi voluntariado con Virginia Garcia Memorial Health Center and Foundation.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Padre / Guardián (Requerido para solicitantes menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma