



ALL FAITHS

6.2 FORMULARIO de VOLUNTARIOS

1709 Moon Street NE
Albuquerque, NM 87112
505-271-0329 tel
505-271-4957 fax
www.allfaiths.org

INFORMACIÓN PERSONAL [Se debe llenar todos los espacios]

Nombre	Apellido		
Número de seguridad social	Ocupación	Correo electrónico	
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono [de día]	Teléfono [de noche]		
¿Por cuánto tiempo Ud. ha vivido en esta dirección?	Años	Meses	
1 Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código postal
¿Por cuánto tiempo Ud. ha vivido en esta dirección?	Años	Meses	
2 Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código postal
¿Por cuánto tiempo Ud. ha vivido en esta dirección?	Años	Meses	

SEGURIDAD

Liste todos los estados y países de residencia de los siete años pasados:

Año	Meses	País	Estado

¿Ha usado otros nombres o números de Seguridad Social que mencionó anteriormente? Sí No

En el caso que sí, explique:

¿Ha participado, acusado, o juzgado del maltrato del niño, abuso sexual, u otro forma de conducto implicando un menor? Sí No

En el caso que sí, explique:

¿Ha sido condenado o se ha declarado culpable o no ha negado su culpabilidad de un acto criminal de cualquier tipo? Sí No

En el caso que sí, explique:



ALL FAITHS

6.2 FORMULARIO de VOLUNTARIOS [continuado]

1709 Moon Street NE
Albuquerque, NM 87112
505-271-0329 tel
505-271-4957 fax
www.allfaiths.org

¿Ha sido arrestado y/o condenado de un delito grave o delito menor que no ha sido anulado, borrado, o sellado por una corte judicial?

Sí No

En el caso que sí, explique:

REFERENCIAS [Necesite tres referencias]

1 Nombre	Apellido		
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono [de día]	Teléfono [de noche]		
Años conocidos	Relación		
2 Nombre	Apellido		
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono [de día]	Teléfono [de noche]		
Años conocidos	Relación		
3 Nombre	Apellido		
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono [de día]	Teléfono [de noche]		
Años conocidos	Relación		

CERTIFICACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo certifico que he leído y comprendido esta solicitud y que mis respuestas y declaraciones son verdaderas. Entiendo que cualquier información falsa, omisiones o malas interpretaciones en esta solicitud pudieran ser causa del rechazo de la solicitud o quedar en libertad en cualquier momento durante su trabajo voluntario. Autorizo a All Faiths y/o sus representantes que verifiquen esta información. Doy mi autorización a todos mis empleadores, personas, colegios/universidades, compañías y nuestras autoridades policiales para divulgar información relacionada con mi antecedente. Yo exonero a cualquier personas, colegios/universidades, compañías y autoridades policiales de cualquier otro cargo por los danos de emisión de esta información. También, entiendo que el uso de drogas ilegales es prohibido durante mi trabajo voluntario. Como requiere la política de All Faiths, estoy dispuesta a someterme a un examen de detección de drogas ilegales durante mi trabajo voluntario. Además, entiendo y estoy de acuerdo que mi trabajo como voluntario puede ser terminado por mí o por All Faiths en cualquier momento, con o sin causa y con o sin previo aviso.

Al marcar esta casilla, estoy de acuerdo a la certificación y la divulgación de información.

Por favor escriba el nombre aquí

Fecha

Muchas gracias. Deberá esperar de unos 3 días hábiles para recibir una respuesta de un representante de All Faiths.