

El Banco del Tiempo de Lynn
PO Box 46, Lynn, MA 01903 (781) 593-1800 www.lynnertimebank.org

Nombre _____ Apodo _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono (día) _____ Teléfono (tarde) _____

Otra manera de contactarle _____

Correo Electrónico _____

Las siguientes preguntas piden información necesaria para coordinar bien los intercambios.

Género: Femenino Masculino Estado Civil: Casado/a Viudo/a Divorciado/a Soltero/a

Vive Usted: Solo/a Con un familiar Con una pareja Con un/a amigo/a (s)

¿Tiene Usted licencia de conducir? SI NO ¿Tiene Usted un auto? SI NO

¿Necesita Usted asistencia para moverse y hacer sus cosas? (andador, muletas, silla de ruedas, etc.) SI NO

Si su respuesta anterior es “Si” favor de explicar:

¿Tiene Usted escaleras en la casa? SI NO

Si su respuesta anterior es “Si” ¿es su casa accesible por ascensor? SI NO

¿Usted Fuma? SI NO ¿Le molesta si otra persona fuma? SI NO

¿Cuál es su condición física? Excelente Buena más o menos No muy Buena

¿Tiene Usted alguna condición física de la cual deberíamos estar al tanto? (por ejemplo, alergias, infección, diabetes, ataques, mareos) Por favor, sea específico/a: _____

Indique los idiomas que usted habla: _____

¿Cuál es su grupo étnico? _____

AFICION E INTERES

Por favor, díganos sobre usted, su familia, sus actividades durante su tiempo libre y su interese especial. Esta información seria de gran ayuda cuando estemos coordinando los intercambios. Si necesita más espacio puede usar el reverso del papel.

HISTORIAL DE EMPLEO Y COMO VOLUNTARIO

Empleo Actual (si aplica): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de Empleo: _____

Puesto/Título: _____

¿Se puede contactar a esta persona? SI NO

Puesto(s) Voluntario(s):

Organización Puesto/Título Duración de trabajo voluntario (las fechas)

1. _____

2. _____

3. _____

REFERENCIAS PERSONALES, PROFESIONALES, O DE TRABAJO VOLUNTARIO

1. Nombre _____ ¿Podemos contactar a esta persona? SI NO

Afiliación, puesto, o relación con usted _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

2. Nombre _____ ¿Podemos contactar a esta persona? SI NO

Afiliación, puesto, o relación con usted _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

3. Nombre _____ ¿Podemos contactar a esta persona? SI NO

Afiliación, puesto, o relación con usted _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (tarde): _____

Nombre de su doctor: _____ Teléfono de su doctor: _____

El Banco del Tiempo del Condado tiene seguro limitado para los voluntarios.

ACUERDOS SOBRE LA (RELEASE OF LIABILITY) E INGRESO EN EL BANCODETIEMPO

Favor de marcar con un asterisco después de leer para afirmar las declaraciones mencionadas abajo:

_____ Yo entiendo que las referencias proveídas serán contactadas y que el Banco de tiempo puede investigar los antecedentes de todos sus participantes.

_____ Yo doy mi consentimiento para tomar toda información relevante concerniente a mi capacidad para trabajar como miembro del Banco de Tiempo

_____ Yo entiendo que, como Banco de Tiempo, ofrecemos servicios vecinos entre nosotros. Los miembros proveen servicios de acuerdo a sus capacidades, y no garantizan su trabajo. Yo entiendo que el Banco de Tiempo es una agencia de coordinación solamente y no puede garantizar el trabajo de la persona referida.

_____ Yo entiendo que el costo de todo material usado, será la responsabilidad de la persona que necesita el servicio y habrá un acuerdo sobre los gatos antes de entregar o cumplir con el servicio.

_____ Yo entiendo que el Banco de Tiempo no puede ser sostenido responsable de ninguna herida a personas, o daño a la propiedad, experimentados mientras esté implicado con el programa. El candidato por este medio está de acuerdo en no sostener responsable a El Banco de Tiempo, así como empleados y/o agentes de cualquier y todas las reclamaciones o responsabilidades de cualquier trabajo realizado bajo los términos aquí establecidos.

_____ Yo estoy de acuerdo en mantener un seguro legal y al día para mi vehiculo, que incluya una cobertura por daños corporales y daño a la propiedad, de acuerdo con las leyes de MA en caso de utilizar mi vehículo en servicio voluntario para el Banco de Tiempo

_____ Yo certifico que la información dada en esta forma es correcta.

Firma del solicitante Fecha

Directorio de Servicios

Arte & Musica

Clases de
Manualidades
Lesiones
Foto & Video
Arreglos florales
Teatro
Croche y costura

Ayuda en la casa

cosina
Limpieza
Cuidado de animales
reparaciones menores para carros
como cambio de aceite etc.
Panaderia
Muchas cosas mas

Salud

Dieta y Nutricion
Masajes
Consejeria
Terapia de yerbas
Muchas otros servicios
Other

Reparaciones en el Hogar

Jardineria
Pintura
Carpinteria
Todo lo relacionado con el hogar

Recreation & Exercise

Bailar
Juegos
Ejercicios
Recrecion

Muchas cosas mas

Educacion

Tutoria
Consejeria
Idiomas
Abogados para educacion especial
Abogado para conseguir housing

Negosios

Computadoras
Finanzas
Publicidad
Todo lo que este
relacionado con oficinas
Muchas otras cosas

Otras categorias

Cuidado de ninos
Lectura
Contar historias
Transportacion
Que cosas podria usted hacer .
Que cosas o servicios le gustaria
recibir?