**Oficina Para Personas Mayores (Office on Aging) del Condado de Orange**

**Aplicación para Voluntarios del Programa Vida Saludable**

Gracias por su interés en ser voluntario para el programa Vida Saludable. Para continuar con el proceso de su aplicación, por favor complete este formulario en su totalidad. Utilizaremos esta información para registrarlo y hacer una entrevista con el personal del programa Vida Saludable. El proceso requerido para entrenarlo, darle orientación para coordinar talleres Vida Saludable en la comunidad, y para mantener comunicación con otros voluntarios del programa Vida Saludable en California.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **---POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CON TINTA---** | | | | | | | | | | | | | Fecha de hoy | | | |
| Nombre | | | | | | | Inicial | | Apellido | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | Código Postal | |
| ¿Es esta una dirección personal o de negocios?  Personal  Negocios | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numero de Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | | | | Dirección de correo electrónico | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es la mejor manera de contactarse con usted  teléfono  correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es el mejor momento para contactarlo(a)?  Mañana  Tarde  Noche | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia notificar a: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | | |
| **¿Como se enteró del Programa Vida Saludable?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene una condición crónica?** En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:  Diabetes  Hipertensión  Cardiopatía  Cáncer  Artritis/enfermedad reumática  Enfermedades Respiratorias(asma, enfisema, bronquitis) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Otras condiciones crónicas?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿En que áreas esta usted dispuesto(a) a viajar para apoyar o facilitar talleres Vida Saludable?**  Favor de marcar en todas las casillas que correspondan  **X** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condado del Norte | | | | Centro/Oeste | | | | | | | Centro/Este | | | | Sur | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  |  |  |  |
| **¿Cual es su disponibilidad?** Favor de marcar en todas las casillas que correspondan  **X** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Lunes | Martes | | Miércoles | | | | | Jueves | | Viernes | | Sábado | | Domingo |
| Mañana | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
| Tarde | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
| Noche | |  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
| **¿Cual de estos tiene usted a su disposición?**  Teléfono  Vehículo  Computadora  Correo electrónico  Facebook  Twitter  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **¿Alguna vez ha tomado el Entrenamiento Enfermedades crónicas/taller Autogestión Vida Saludable?** Si  No |
| **¿Alguna vez ha sido entrenado como Líder o Entrenador Principal en cualquier otro programa basado en la evidencia?**  Yes  No  **En caso afirmativo, indique el nombre del programa y cuando usted se capacitó:** (Ejemplo; Tal como Tomando Control de Su Salud en Agosto del 2012; Programas de Arthritis Foundation Exercise Manténgase en Movimiento/Walk with Ease, en Enero del 2013; y Matter of Balance en Abril del 2013) |
| **¿Por qué quiere ser un Líder o Voluntario(a) Vida Saludable*?*** |
| **¿Es esto parte de sus responsabilidades de trabajo o como voluntario(a)?**  Voluntario  Trabajo; Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Cuál es el nombre de agencia que tiene la licencia bajo la cual usted estará cubierto(a)?**  Partners in Care Foundation  Empleador (mencionado anteriormente)  No estoy seguro/No se  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Escriba una breve declaración para describir su fortaleza personal, meta como voluntario(a), y lo que espera lograr para la comunidad.** | | | | |
| **Por favor, comparta con nosotros sus habilidades únicas/especiales.** | | | | |
| **¿Podemos compartir su información con otras organizaciones que ofrecen talleres Vida Saludable?** Sus habilidades como Voluntario pueden ser útiles a nuestra red de socios de la comunidad Si  No | | | | |
|  | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre (Impreso)** | **Firma** | **Fecha** |

**Si usted esta interesado en obtener un entrenamiento como líder, por favor, lea esta declaración y firme abajo pare mostrar su acuerdo.**

**Acuerdo de líder:** Se requiere que los líderes hagan un compromiso de enseñar dos talleres anuales. No se puede enseñar el curso hasta que usted complete todos los días requeridos del entrenamiento. La primera vez que enseña se considera parte de tu entrenamiento. Los responsables del taller son voluntarios de la agencia, y no empleados de esta. Líderes deben enseñar el taller **solamente** como se indica en el manual del curso.

Estoy de acuerdo en enseñar por lo menos un taller de Automanejo dentro de los 6 meses de la fecha de mi entrenamiento. Voy a enseñar en estricta conformidad con el curso como esta escrito en el Manual de Líder, y como se enseña en el entrenamiento del líder. Voy a asistir y participar activamente en todo el entrenamiento requerido.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Firma** | **Fecha** |