



## Cuidado a Largo Plazo Ombudsman – Aplicación para Voluntario

<b>POR FAVOR IMPRIMA</b>	
Nombre:	Correo electrónico:
Dirección:	Numero de Celular:
Ciudad, Estado, Correo Postal:	Numero de Teléfono:
Condado:	Fecha de Nacimiento (mes/día)
Es la Florida su lugar de Residencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no lo es, ¿qué cantidad de tiempo se queda en el estado?      %	Do you have your own transportation? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO</b>
Por favor describa cualquier experiencia que usted tenga como voluntario, incluya el nombre de la organización, sus deberes y responsabilidades.

<b>EXPERIENCIA DE TRABAJO</b>		
Empleador	Ocupación/Posición	Fecha: (Desde/Hasta)

<b>EDUCACION</b>	
Escuela, Ciudad, Estado	Certificado, Licenciatura o Área de Estudio

<b>CUALIDADES</b>
Por favor explique qué habilidades, capacidades y experiencia aportaría a este puesto de voluntario.
¿Hablas con fluidez otros idiomas además del español? Si es así, por favor descríbalos.

**CONFLICTO DE INTERESES**

¿Tiene usted un interés, una obligación o un deber de competencia que comprometa, influya o interfiera con su objetividad o capacidad para cumplir con sus funciones como ombudsman?  SI  NO

Si su respuesta es sí, por favor explique

**DISPONIBILIDAD**

¿Qué días y horas está usted generalmente disponible para voluntariar?

Dias	Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
Hora Del Dia							

**VERIFICACION DE ANTECEDENTES**

¿Alguna vez ha sido arrestado, acusado, condenado o declarado culpable, o ha tenido la adjudicación de culpabilidad retenida, por cualquier violación de la ley federal o estatal?  
En caso afirmativo, describa la(s) fecha(s) y el(los) delito(s).

Si  
 NO

Nota: Responder afirmativamente a esta pregunta no lo hará automáticamente inelegible para ser un ombudsman.

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de dos personas que conoce desde hace al menos cinco años y que no son miembros de su familia.

Nombre	Dirección	Teléfono

**EXENCIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS PÚBLICOS**

¿Es usted un oficial de la ley actual o anterior, empleado \*\* o el cónyuge o hijo de uno, que es exento de divulgación de registros públicos bajo §119.07(3)(k)1 F.S.?  SI  NO

\*\* Otros trabajos cubiertos incluye: oficiales correccionales y de libertad condicional correccional, bomberos, ciertos jueces, asistentes de los fiscales estatales, fiscales estatales, asistentes y fiscales estatales, personal del Departamento de Ingresos o gobiernos locales cuyas responsabilidades incluyen la recaudación de ingresos y la ejecución de la manutención de los hijos, y ciertos investigadores en el Departamento de Servicios para Niños y Familias [§119.07, F.S].

**CERTIFICACION**

Soy consciente de que cualquier omisión, falsificación, declaración errónea o tergiversación anterior puede descalificarme para ser considerado como voluntario y, si soy aceptado, puede ser motivo para la eliminación de la designación en una fecha posterior. Entiendo que cualquier información que proporcione puede ser investigada según lo permita la ley. Entiendo que esta solicitud es un registro público. Certifico que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas, correctas, completas y hechas de buena fe.

FIRMA:

FECHA:

Por favor someta su aplicación a:

Florida Long Term Care Ombudsman Program  
4040 Esplanade Way  
Tallahassee, FL 32399-7000  
Numero gratis (888) 831- 0404 Para cualquier pregunta