

SOLICITUD PARA SER VOLUNTARIO

Fecha: _____ Supervisor de CAST: _____

Nombre: _____ (Para el uso exclusivo de la oficina)
Duración de sus servicios de voluntariado:
Apellido, Nombre desde _____ a _____
(Para el uso exclusivo de la oficina)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código de área: _____

Número de contacto: (____) _____ Otro número de contacto: (____) _____

Correo electrónico: _____ @ _____ .com

Número de fax: (____) _____

¿Usted suministra un CV breve? SÍ ____ (Por favor anexar) NO ____

¿Usted suministra una muestra de escritura? SÍ ____ (Por favor anexar) NO ____

Fecha de nacimiento: _____

Día/mes/año

INFORMACIÓN SOBRE UN CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre, relación, dirección y teléfono del contacto:

1.

INFORMACIÓN SOBRE PERSONAS QUE PUEDEN SUMINISTRAR REFERENCIAS

(No debe incluir a familiares)

Nombre, relación y teléfono de la organización/afiliación del contacto

1.

2.

3.

Por favor, cuéntenos sobre usted.

POR FAVOR, MARQUE CON UNA X SUS DESTREZAS PRÁCTICAS, TALENTOS Y/O EXPERIENCIA

Contabilidad/Finanzas

Fotografía

Computación

Administración

Recursos humanos

Servicios de alimentos/nutrición

Recreación/deportes

Gerencia de empresas

Recaudación de fondos

Oficios /Reparaciones en el hogar

Derecho

Jardinería

Enseñanza/entrenamiento

Derechos civiles

Idiomas

Oficina

Desarrollo de páginas Web

Legal

Arte/artesanía

Orientación

Relaciones públicas

Otro: _____

POR FAVOR, MARQUE CON UNA X LAS ÁREAS EN LAS QUE DESEA TRABAJAR COMO VOLUNTARIO

- Servicios de salud
- Investigación y desarrollo
- Ambiente/jardinería
- Entrenamiento
- Artes/actividades culturales
- Dictar talleres
- Clases de inglés como segundo idioma (ESL): _____
- Proyectos administrativos
- Servicios jurídicos
- Servicios de albergue
- Comunicaciones
- Otro: _____

POR FAVOR, EXPLIQUE EN MAYOR DETALLE LO QUE LE INTERESA HACER COMO VOLUNTARIO:

POR FAVOR INDIQUE SU DISPONIBILIDAD

Lunes _____ a _____ Martes _____ a _____
Miércoles _____ a _____ Jueves _____ a _____
Viernes _____ a _____ Sábado _____ a _____
Domingo _____ a _____

¿LE INTERESA PARTICIPAR EN PROYECTOS O ACTIVIDADES GRUPALES CON OTROS VOLUNTARIOS? Si _____ No _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES OPCIONAL. POR FAVOR SUBRAYE LA QUE SEA APROPIADA

Sexo: Femenino Masculino. Edad: menor que 18, 18-35, 36-55, mayor que 56

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA COALICIÓN PARA LA ABOLICIÓN DE LA ESCLAVITUDAD Y LA TRATA DE PERSONAS (CAST)?

AL LLENAR ESTA SOLICITUD, POR FAVOR ENVÍELA POR FAX/CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN O ENVÍELA POR CORREO ELECTRÓNICO A LA PERSONA CONTACTO EN CAST

Coalition to Abolish Slavery & Trafficking (CAST)

5042 Wilshire Blvd. #586

Los Angeles, CA 90036

Fax: (213) 365-5257

ATTN: Training Department

Email: volunteer@castla.org

Para el uso exclusivo de la oficina:

_____ Solicitud recibida _____ Orientación del voluntario completa _____ Calendario recibido

_____ CV archivado _____ Muestra de escritura recibida _____ Muestra de escritura archivada

Notas adicionales: