

APLICACION PARA SER MENTOR

La información en esta aplicación es solicitada para emparejar los intereses, habilidades, y talentos similares entre el mentor y el menor. Esta información puede ser compartida con los padres/guardianes del menor. El proceso riguroso en esta aplicación es por la seguridad y confianza de los menores en nuestro programa.

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Cuantos años en esta dirección? _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Numero del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Genero: Hombre Mujer

Historia de Empleo

Por favor apunte información de empleo de los últimos 5 años, con la posición reciente primero. Si necesita mas espacio use una hoja en blanco adicional.

1). Empleador mas Reciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de Supervisor: _____ Titulo: _____

Teléfono: _____ Fechas de Empleo: _____ a _____ (m/año)

Posición: _____

2). Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de Supervisor: _____ Titulo: _____

Teléfono: _____ Fechas de Empleo: _____ a _____ (m/año)

Posición: _____

Por favor envíe a: crystal.church@kccn.org o
mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
PO Box 523
213 West 3rd Avenue
Ellensburg, WA 98926

3). Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de Supervisor: _____ Título: _____

Teléfono: _____ Fechas de Empleo: _____ a _____ (m/año)

Posición Tomada: _____

Escuela/Colegio Atendido	Curso de Estudio	Título Recibido y Año

___ Yo estoy interesado/a en ser voluntario/a para el programa comunitario

___ Yo estoy interesado/a en ser voluntario/a para el programa durante el almuerzo

Ellensburg Thorp Kittitas

Cuales son los horarios mas convenientes para reunirse con el menor? Por favor marque todos los que apliquen.

Entre Semana: ___ Almuerzo: ___ Después de la Escuela: ___ Tardes: ___ Fin de Semana: ___ otro: _____

Duración de servicio anticipado: _____

Por favor indique el grupo(os) de edad con el que esta interesado/a trabajar

Edad: 5-10 ___ 11-14 ___ 15-18 Etnicidad (si alguna): _____

Habla algún otro idioma aparte de Ingles? Cuales son?

Estaría dispuesto(a) a trabajar con niños/as que tienen discapacidades? Por favor especifique las discapacidades con las que estaría dispuesto a trabajar.

Preguntas de Interés

Por favor conteste todas las preguntas siguientes lo mas completas posible. Si necesita mas espacio, use una hoja en blanco extra o escriba al reverso de esta pagina.

1. Porque quiere ser un mentor?
2. Usted tiene experiencia previa voluntaria o de trabajo con menores? Por favor especifique.
3. Cuales cualidades, habilidades, y atributos tiene usted que crea que pueda beneficiar a menores? Por favor explique.
4. Pude cometerse a participar en el programa de mentores por un ano mínimo (programa comunitario) o por nueve meses (programa de almuerzo) desde el tiempo que sea puesto en pareja con un menor?
5. Esta disponible a reunirse con el menor ocho horas por mes y tener contacto por los menos una vez a la semana? Por favor explique cualquier conflicto de horario
6. Describa su salud en general. Esta actualmente bajo cuidado medico o tomando medicación? Por favor explique.
7. Como se describiría usted como persona?
8. Como lo/la describiría sus amigos, familia, y compañeros de trabajo?
9. Alguna vez a usado drogas? Si así es, cuales substancias eran usadas y que frecuente?

10. Esta actualmente usando drogas ilegal o sustancias controladas?
11. Toma bebidas alcohólicas? Cuales, y que frecuente?
12. Usa productos de Tabaco? Cuales y que frecuente?
13. Esta dispuesto/a a comunicarse regularmente y abiertamente con el personal del programa, proveer información mensual sobre actividades y recibir información con respecto a cualquier dificultad durante su participación en el programa de mentores?
14. Esta dispuesto a atender una sesión de entrenamiento al principio y dos entrenamientos al año después de haber sido seleccionado como mentor?

Por favor marque todas las actividades que le interesen:

Andar en Bicicleta		Campar		Ciencia		Cocinar		Biblioteca
Excursión -ismo		Paseo en Barca		Música		Deportes		Yoga
Golf		Nadar		El Jardín		Parques		Películas
Pescar		Animales/ Mascotas		Pintar/ Fotos		Juegos de Mesa		Ir de Compras

Si tiene algunos comentarios adicionales o áreas de fuerte interés, por favor indique aquí:

Información Antecedente y Declaración de Divulgación

Alguien pago por su chequeo de antecedentes de \$30, quisiera pagar usted por el de otra persona?! S/N (circule)

El Servicio de Jóvenes estará administrando un chequeo de antecedentes de la Patrulla estatal de Washington a cada solicitante. El Servicio de Jóvenes deberá notificar al solicitante de la respuesta del chequeo dentro de 10 días después del recibo. Yo certifico que la información mencionada es verdadera y precisa.

Firma de Voluntario _____ **Fecha** _____

A tenido alguna violación de trafico/manejo? S/N (circule)

A sido arrestado o acusado por algún crimen? S/N (circule)

A sido condenado de algún crimen? S/N (circule)

Alguna vez han hecho conclusiones en contra de usted en algún proceso adjudicativo civil? S/N

Tiene ambo una condena y conclusiones hechas en contra de usted? Y/N

Si a contestado si a cualquier pregunta(as) arriba por favor explique brevemente aquí:

Infracción/Crimen	Fecha	Locación

Por favor marque "si" o "no" a lo siguiente:

Si No Encontrado/a en acción de dependencia de haber asaltado sexualmente o haberme aprovechado de algún menor o físicamente abusado a un menor.

Si No Encontrado/a por una corte en un proceso de relación domestica de haber abusado sexual o físicamente o haberme aprovechado de algún menor.

Si No Encontrado/a en alguna decisión final de tribunal de haber abusado sexual o físicamente o haberme aprovechado de algún menor o persona discapacitada o de haber abusado o haberme aprovechado financieramente de algún adulto vulnerable.

Si No Encontrado/a por una corte en un proceso de protección de haber abusado o haberme aprovechado financieramente de algún adulto vulnerable.

Si No Tiene alguna condición que pueda afectar o interferir con sus deberes como un mentor?

Por favor envíe a: crystal.church@kccn.org o
mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
PO Box 523
213 West 3rd Avenue
Ellensburg, WA 98926



- Si No A sido tratado por una enfermedad mental?
- Si No A sido hospitalizado siendo adulto por algo relacionado con una enfermedad mental, un episodio psicótico o un atentado de suicidio?
- Si No A tenido tratamiento por dependencia de drogas y/o alcohol en los últimos 5 años?
- Si No A sido condenado por manejar bajo los afectos del alcohol o drogas en los últimos 5 años?

Si alguna de estas preguntas le concierne a usted por favor explique

aquí: _____

Como se informo del programa de mentores? _____

Por que esta interesado en ser voluntario con el programa de mentores?

Describa una relación o experiencia (en el trabajo o voluntaria) que a tenido con menores en anos recientes. _____

Club o organizaciones a las que seas un miembro actual: _____

Por favor mencione CUATRO referencias. Indique por lo menos a un amigo personal y a una referencia de trabajo. (No use a su esposo/a o familiares) **Las referencias no tienen que ser locales.**

Nombre	Numero de Teléfono	Correo Electrónico	Relación

Por favor envíe a: crystal.church@kccn.org o
 mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
 PO Box 523
 213 West 3rd Avenue
 Ellensburg, WA 98926



Autorización de Chequeo de Antecedentes de Servicios de Protección Infantil

Nombre: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido de Soltero/a) (Apellido)

Otros nombres usados: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Sexo:
__Hombre__Mujer

Dirección de correo actual: _____

Por favor ponga algún otra ciudad, estado, y fecha de residencia durante los últimos 10 anos.

Ciudad Estado De (m/ano) A (m/ano)

Ciudad Estado De (m/ano) A (m/ano)

Ciudad Estado De (m/ano) A (m/ano)

Por favor cheque todos lo que aplican. **La razón por la cual esta información es solicitada es porque soy:**

__ Voluntario/a __un empleado __Posible voluntario

Declaración y Firma de Autorización

Estoy consiente que este formulario concierne a reportes de abuso y negligencia infantil que indica **un riesgo a menores**. Records que indiquen un riesgo a menores son esos que demuestran comprobantes de abuso y negligencia infantil; y/o historia que un menor en el cuidado de esa persona fue adjudicado por la corte como un menor en necesidad de cuidado; y/o historia que demuestren que los derechos sobre cuidado a menores de la persona hayan sido terminados. La información mencionada bajo esta declaración puede contener información que pueda afectar mi empleo o estatus de voluntario negativamente. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Salud, a la División de Servicios para Niños y Familias que liberen información confidencial en conexión con mi estatus como un posible empleado o voluntario.

Firma de Voluntario _____ **Fecha** _____

Por favor envíe a: crystal.church@kccn.org o
mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
PO Box 523
213 West 3rd Avenue
Ellensburg, WA 98926



Por favor envié a: crystal.church@kccn.org o
mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
PO Box 523
213 West 3rd Avenue
Ellensburg, WA 98926

Comunicado de Información

_____ (Inicial) En completar esta aplicación para ser un voluntario, comprendo que no soy un agente o empleado de Youth Services, y también comprendo que esta forma no es una solicitud de empleo. Comprendo que Youth Services rutinamente conduce exámenes por parte de la división de servicios para niños y familia del estado de Washington al igual que chequeos nacionales de criminales, historia de manejo, y revisiones de violencia doméstica y acciones de dependencia. Si no he vivido en el estado de Washington por lo menos 3 años, un chequeo de mis antecedentes en el estado(s) previo(s) será conducido.

_____ (Inicial) Yo certifico a lo mejor de mi habilidad que la información mencionada en esta aplicación es verdadera y precisa y que acuerdo a un compromiso mínimo de una hora por semana por un año. También comprendo que cualquier desinformación mencionada en esta forma o alguna otra forma de voluntario/a, o información deliberadamente oculta es suficiente para despedirme como mentor.

Al firmar también doy permiso a que contacten mis referencias o que persigan información de las Fuentes mencionadas.

Firma de Voluntario _____ **Fecha** _____

Forma de Medios de Comunicación

Yo doy mi consentimiento al uso de mi nombre, mis referencias para conseguir mi lugar voluntario, fotografías, videos, DVD, películas y grabaciones de mí para el uso del programa de Youth Services en conexión a promover, marketing, y reclutamiento para el programa.

En dar consentimiento, libero a Youth Services, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y asignados de cualquier responsabilidad por cualquier violación de derechos de propiedad personal que yo pueda tener en conexión con tal materiales y renunciar el derecho de aprobar material acompañante escrito o narrado.

Confirmado y aceptado por:

Firma de Voluntario: _____ **Fecha** _____

Programa Comunitario Forma de Transportación

Nombre de Voluntario: _____ **Fecha de Nacimiento :** _____

Numero de Licencia _____ **Estado:** _____

Información de Compañía de Seguro de Vehículo	
Compañía de Seguro	
Dirección/Ciudad/ Estado/Código Postal	
Nombre de Agente	
Numero de Póliza	

En completar esta aplicación para ser voluntario, yo comprendo que Youth Services no proporciona cobertura de seguro automovilística para voluntarios y no acuerda indemnizar a tal voluntario por cualquier labilidad legal que surgiera de transportar a cualquier persona durante la asignación como voluntario. Yo informare a Youth Services cuando cambios hagan ocurrido con mi compañía de seguro o cobertura.

Firma de Voluntario: _____ **Fecha** _____

(Despegue y guarde esta forma)

Lista de quehaceres para el mentor

Comprendemos que acordarse de todos los pasos en volverse mentor puede ser detallado y confuso, y por eso el personal del programa de mentores a preparado una lista para checar al paso que vaya llenando las formas.

- ___1. Complete y devuelva la aplicación de **Youth Services Mentor Program**. (Puede ser enviado por correo electrónico a crystal.church@kccn.org, o por correo al 213 W. 3rd Avenue, Ellensburg WA 98926, o personalmente a KCCN&C at 219 West 3rd Avenue, Ellensburg WA 98926)
 - a. Esto es para incluir las secciones siguientes:
 - ___i. Historia de Empleo
 - ___ii. Autorización de Chequeo de Antecedentes
 - ___iii. Autorización de Chequeo de Antecedentes de Servicios de Protección Infantil
 - ___iv. Preguntas de Interés
 - ___v. Comunicado de Información
 - ___vi. Forma de Medios de Comunicación (opcional)
 - ___vii. Forma de Transporte (requerida para mentores del programa comunitario)
 - ___viii. Cuatro referencias personales
- ___2. RECOJA UN PAQUETE PARA VERIFICACION DE HUELLAS DE CRYSTAL al 213 W.3RD AVENUE, y vaya a la oficina de los alguaciles del Condado de Kittitas. Están abiertos (fuera de cobro- **debe de mencionar que esta con Youth Services Mentor Program**) Lunes-Viernes, 9 AM a 3 PM.
 - a. Cuando sus huellas estén completas, dejara el sobre cerrado, con la dirección y estampado en el correo.
- ___3. Atienda una sesión de entrenamiento de 2-3 horas. Si decide hacer una donación para pagar el chequeo de antecedentes de otra persona, por favor traiga un cheque de **\$30** a este entrenamiento.
 - a. Después de completar este entrenamiento, completara las siguientes formas:
 - ___i. Comprensión de memorándum de actividades y pólizas
 - ___ii. Acuerdo de Mentor
 - ___iii. Forma de Actividades y Intereses
 - ___iv. Su forma de pareja con mas éxito
 - ___v. Evaluación de sesión de entrenamiento
- ___4. Haga cita con su coordinador de programa para su entrevista de uno-a-uno (Que podrá hacer **directamente** después de la sesión de entrenamiento).
- ___5. Prepare cualquier pregunta o preocupación que tenga para mencionar durante la entrevista.
- ___6. Atienda la entrevista de uno-a-uno con los coordinadores del programa.
 - a. De aquí, será contactado por el personal de **YSMP** cuando haya decidido sobre un posible encuentro para usted! Cuando esto pase , el mentor, el coordinador del programa, el padre/guardián, el menor se reunirán para ver si el encuentro procederá. El proceso de emparejar será completado cuando el padre/guardián y el mentor estén de acuerdo en la pareja propuesta.

ATTENCION* Cada mentor solicitante deberá pasar **TODAS** la fases del chequeo de antecedentes para incluir en la sesión de llamado.

Por favor envíe a: crystal.church@kccn.org o
mande a Youth Services of Kittitas County Mentor Program
PO Box 523
213 West 3rd Avenue
Ellensburg, WA 98926