

Su solicitud debe llegar a nuestra oficina antes de las 12 p.m. del 20 de julio de 2007.

Uso de la oficina solamente
Date entered: _____
Intern: _____
Email Confirm: _____
Receipt: _____



Jueves, 2 de agosto de 2007, 8:00 a.m. a 2:00 p.m.  
En los edificios Automobile Building y Centennial Hall de Fair Park

## SOLICITUD DE VOLUNTARIOS

Debe tener o ser mayor de 16 años de edad a partir del sábado, 30 de junio de 2007  
(Por favor escriba en letra de imprenta legible)

*La información proporcionada por los voluntarios es mantenida por el programa de voluntarios ServiceWorks! de la Ciudad de Dallas con el único propósito de mantener un archivo de las contribuciones de los voluntarios a la Ciudad de Dallas.*

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ Nombre de soltera (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en TX durante los últimos 3 años? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es no, ¿dónde ha vivido? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nº de licencia de conducir \_\_\_\_\_ o Nº de tarjeta de identificación de Texas \_\_\_\_\_

Teléfono: Durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ En las tardes (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Idioma(s) que usted habla: \_\_\_\_\_

Experiencias como voluntario o en un trabajo relacionado a este evento: \_\_\_\_\_

¿Es usted un empleado del gobierno de la Ciudad de Dallas? \_\_\_\_\_

¿Está afiliado con alguno de los patrocinadores del evento? \_\_\_\_\_ ¿Con cuál? \_\_\_\_\_

\*Si trabajará en el área de un patrocinador durante todo evento, **no es necesario que llene esta solicitud.**  
Esta solicitud es solamente para las personas bajo la supervisión del coordinador de voluntarios de la feria.

### VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Entiendo que se realizará una verificación de mis antecedentes penales antes de que yo pueda servir como voluntario en la Feria Anual de "Regreso a Clases" del Alcalde.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Me gustaría compartir mi información de contacto con otras organizaciones de voluntarios para participar en futuros eventos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

## DÍA DEL EVENTO\*

Jueves, 2 de agosto de 2007, 8:00 a.m. a 2:00 p.m.  
Automobile Building (1010 First Avenue) y Centennial Hall (3929 Grand Avenue)

### Por favor elija un turno.

- 1er turno 6:00 a.m. a 10:00 a.m.                       2do turno                      9:45 a.m. a 1:00 p.m.  
 3er turno 12:45 p.m. a 3:00 p.m.                       Todo el día                      6:45a.m. a 3:00 p.m.

### Por favor elija una o varias de las oportunidades para voluntarios.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistente de servicios médicos                           | <input type="checkbox"/> Administrador de encuestas              |
| <input type="checkbox"/> Desmontaje del área (3er turno)                          | <input type="checkbox"/> Resolución de problemas                 |
| <input type="checkbox"/> Asistente de tráfico (1er turno, llegar a las 6:00 a.m.) | <input type="checkbox"/> Distribución de útiles escolares        |
| <input type="checkbox"/> Control de las instalaciones                             | <input type="checkbox"/> Montaje del área (1er turno)            |
| <input type="checkbox"/> Ayudante para encontrar niños perdidos                   | <input type="checkbox"/> Preinscripción, inscripción en el sitio |
| <input type="checkbox"/> Información y remisiones                                 | <input type="checkbox"/> Ayudante -estaciones de hidratación     |
| <input type="checkbox"/> Distribución de bebidas y refrescos                      | <input type="checkbox"/> Asistente de voluntarios                |
| <input type="checkbox"/> Asistentes de servicios educativos                       |  |

**¡La flexibilidad es una ventaja!**

---

**FECHA LÍMITE: VIERNES, 20 DE JULIO DE 2007 A LAS 12 P.M.**

Favor de enviar su solicitud de voluntarios por FAX al grupo de selección de voluntarios por el 214-670-5117 o por servicio postal a:

**City of Dallas-Mayor and Council Office  
c/o Volunteer Recruitment/Training Committee  
1500 Marilla, 5 F North, Dallas, TX 75201**

**Usted recibirá un confirmación por escrito por correo electrónico/ servicio postal a partir del lunes, 16 de julio de 2007**

---

**Orientación y entrenamiento de voluntarios**  
**Obligatoria, NO HABRÁ EXCEPCIONES**  
**Jueves, 26 de julio de 2007, 6:30 p.m. a 8:00 p.m.**  
**The Science Place en Fair Park, Entrada #5**  
**1318 S 2<sup>nd</sup> Avenue #31**

Para más información, llame al 214-671-8521 o vístenos en línea en  
[http://alcaldiadedallas.com/html/back\\_to\\_school\\_fair.html](http://alcaldiadedallas.com/html/back_to_school_fair.html).

***¡Miles de estudiantes le agradecen su participación y apoyo de este evento!***

\*Los voluntarios recibirán una camiseta que deberán usar mientras ayudan en el evento.

Encierre en un círculo su talla                      **XL**                      **2X**                      **3X**                      **4X**

**No se procesarán las solicitudes incompletas.**

**LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD POR EL SERVICIO DE VOLUNTARIOS**

**EN TANTO QUE**, La Ciudad de Dallas, por medio y a través de las oficinas del Alcalde y el Concejo está coordinando servicios voluntarios para un evento especial titulado Feria Anual de “Regreso a Clases” del Alcalde de la Ciudad de Dallas,

**EN TANTO QUE**, \_\_\_\_\_ (escriba con letra de imprenta el nombre del participante, ahora y en adelante denominado “Participante”), desea ser voluntario y participar en este evento.

**AHORA, POR LO TANTO,**

**DOY FE DE QUE:**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba con letra de imprenta el nombre del participante) por consideración legítima y de valor, cuyo recibo se acusa por la presente y es suficiente, acepto que:

1. Soy mayor de o tengo 18 años de edad, o si soy menor de 18 años de edad, mi padre, madre o tutor legal ha dado su consentimiento a los términos de esta liberación y renuncia de responsabilidad y también está formalizando este contrato.
2. Si bien prestaré servicios de voluntariado en esta Labor, (a) Yo **no tengo ningún** derecho a los beneficios del gobierno de la ciudad, ya sea por parte de los programas de jubilación, beneficios de salud o planes de pensiones ni bajo las leyes de Texas de compensación por desempleo o de compensación laboral, y (b) Yo, **no soy** un empleado del gobierno de la Ciudad de Dallas.
3. Por la presente declaro libre de responsabilidad y eximo al gobierno de la Ciudad de Dallas, sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda o daño, incluso la muerte, que yo podría sufrir o que pudiera resultar de mi participación en la Labor. Además, **YO EXPRESAMENTE ACEPTO HACERME TOTALMENTE RESPONSABLE POR LAS CONSECUENCIAS DE MI PARTICIPACIÓN EN ESTA LABOR, Y EXPRESAMENTE ACEPTO NO PRESENTAR NINGÚN RECLAMO NI DEMANDA EN CONTRA DE LA CIUDAD DE DALLAS, SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES, Y TOTALMENTE EXIMO A LA CIUDAD DE DALLAS, SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD DE DAÑOS PERSONALES O UN DAÑO A MIS BIENES OCASIONADO DURANTE ESTA LABOR, AUNQUE EL DAÑO SEA RESULTADO DE ALGUNA NEGLIGENCIA O CULPA DE LA CIUDAD DE DALLAS, SUS FUNCIONARIOS, AGENTES O EMPLEADOS.**
4. Yo entiendo y acepto que la formalización de esta liberación y renuncia de responsabilidad por los servicios voluntarios no constituye una liberación o renuncia por la Ciudad de Dallas a la defensa de inmunidad gubernamental, ni de cualquier otra defensa legal que pudiera aplicar en cuanto a cualquier denuncia que pudiera surgir en contra de la Ciudad.

FORMALIZADA este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

POR \_\_\_\_\_  
Firma del participante

POR \_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor legal del participante  
**(Necesario solo si el participante es menor de 18 años)**

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta

*Ésta es una fiel traducción del documento en inglés, pero no es un instrumento legal. La versión en inglés es el único instrumento legal y al firmar la versión en español, acepta su obligación de cumplir con la versión en inglés.*

Aviso: Este formulario sirve para autorizar tratamiento médico, en dado caso que sea necesario. Si no desea autorizar este tratamiento, llene el formulario de no autorización en la próxima página. Solamente es necesario llenar uno de los formularios.

## Autorización de tratamiento médico de emergencia

### I. Información del voluntario

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del voluntario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (día): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (tarde): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos?  Sí  No Si su respuesta es sí, por favor anótelos \_\_\_\_\_

### II. Información de su médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

### III. Información de asistencia o cuidado temporal

Nombre\*: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

\* Persona autorizada a proveer asistencia o cuidado temporal en la ausencia del padre, madre o tutor legal.

### IV. Centro médico preferido

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### VI. Declaración de autorización de tratamiento médico

En caso de una emergencia médica, el abajo suscrito autoriza al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas proveer cualquier asistencia médica que se determine ser necesaria.

Si el voluntario arriba nombrado es menor de 18 años de edad, el abajo suscrito autoriza al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas, actuando por medio del adulto del equipo de trabajo que tenga el control actual del cuidado del niño para aceptar tratamiento médico, dental y quirúrgico para el niño cuando el abajo suscrito no pueda ser contactado. El abajo suscrito le informa al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas que él o ella es el padre o madre del niño y que (i) no está divorciado del otro padre o (ii) está divorciado del otro padre pero ha recibido autorización por orden escrita del tribunal para dar permiso para el tratamiento médico, dental y quirúrgico del niño. El abajo suscrito indemnizará y eximirá de responsabilidad al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas, sus funcionarios, miembros, empleados y agentes si él o ella no tiene el poder legal de dar este consentimiento.

El abajo suscrito autoriza a cualquier médico licenciado y a cualquier centro médico a que suministren cualquier cuidado médico, dental, quirúrgico o hospitalización del niño, incluyendo la anestesia, que determinen ser necesario y recomendable, al recibir consentimiento especial del abajo suscrito.

Ninguna persona será aceptada para participar en el Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas sin primero llenar este formulario en su totalidad. Si la persona es mayor de edad (18 años o mayor) él/ella puede llenar el formulario. Si la persona es menor de edad, un padre de familia o tutor legal debe llenar el formulario. Las actividades de los voluntarios estarán bajo supervisión y aunque se hará todo lo posible para prevenir un accidente, **NINGUNA RESPONSABILIDAD** será aceptada por las organizaciones involucradas, incluyendo el Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Voluntario

Le informo al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas que soy el padre, madre o tutor legal del voluntario cuya firma aparece arriba. En nombre de este voluntario, acuerdo y acepto todas las provisiones en el formulario de autorización de tratamiento médico de emergencia. Tengo la autorización de firmar esta declaración en nombre del voluntario y al hacerlo legalmente responsabilizo al voluntario como si no fuera un menor de edad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre, madre o tutor legal del voluntario si es menor de 18 años de edad)

Ésta es una fiel traducción del documento en inglés, pero no es un instrumento legal. La versión en inglés es el único instrumento legal y al firmar la versión en español, acepta su obligación de cumplir con la versión en inglés.

# No autorización de tratamiento médico de emergencia

## I. Información del voluntario

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del voluntario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: Día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tarde (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_

## II. Renuncia a tratamiento médico

No autorizo a que se me dé tratamiento o asistencia médica de emergencia en caso de una enfermedad o lesión incurrida mientras recibo servicios o durante mi participación en el Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas. En dado caso que necesite tratamiento de emergencia, autorizo al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas o sus representantes a tomar las siguientes acciones en mi nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ninguna persona será aceptada para participar en el Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas sin primero llenar este formulario en su totalidad. Si la persona es mayor de edad (18 años o mayor), él/ella puede llenar el formulario. Si la persona es menor de edad, su padre, madre o tutor legal debe llenar el formulario. Las actividades de los voluntarios estarán bajo supervisión y aunque se hará todo lo posible para prevenir un accidente, **NINGUNA RESPONSABILIDAD** será aceptada por las organizaciones involucradas, incluyendo el Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Voluntario

Le informo al Programa de Voluntarios de la Ciudad de Dallas que soy el padre, madre o tutor legal del voluntario cuya firma aparece arriba. En nombre del voluntario, acuerdo y acepto todas las provisiones en el formulario de no autorización de tratamiento médico de emergencia. Tengo la autorización de firmar esta declaración en nombre del voluntario y al hacerlo legalmente responsabilizo al voluntario como si no fuera un menor de edad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre, madre o tutor legal del voluntario si es menor de 18 años de edad)

*Ésta es una fiel traducción del documento en inglés, pero no es un instrumento legal. La versión en inglés es el único instrumento legal y al firmar la versión en español, acepta su obligación de cumplir con la versión en inglés.*