



ICOA

IMMANUEL COMMUNITY OUTREACH ASSOCIATION
3232 METROPOLITAN AVE. | KANSAS CITY, KANSAS 66106 | 913-999-0533
ICOAKCKS@GMAIL.COM | ICOAKCKS.ORG

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VOLUNTARIO

Sirviendo a Jesús, en la Comunidad Argentina

Información de Contacto Personal

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

¿Tiene 18 años o más? Sí o No (Responda las preguntas a continuación)

Nombre del adulto responsable: _____ Relación con el adulto responsable: _____

Número de teléfono del adulto responsable: _____ Firma del Adulto Responsable: _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre de contacto: _____ Relación con el voluntario: _____

Número de teléfono de emergencia: _____

Servicio Comunitario

¿Existe alguna escuela/organización que necesite una carta para informar sobre el servicio comunitario?

Sí (Responda a continuación) o No? Nombre de la escuela/organización: _____

Nombre y número de contacto: _____

¿Qué idiomas hablas?

Inglés con fluidez Inglés, pero no con fluidez Español con fluidez Español, pero no con fluidez Otro

Oportunidades ICOA: ¿En qué estás interesado?

Despensa de Alimentos Bebés Felices Clase de Inglés Clase de Ciudadanía Administración Mantenimiento

Limpieza

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Amigo/Compañero de trabajo/Iglesia HappyBottoms Harvesters Silver City Days Vivir cerca/Saw Signs Otro

Especifique el nombre de un amigo o compañero de trabajo, el nombre de la iglesia u otro: _____

I _____ (nombre en letra de imprenta) reconozco y comprender que mis actividades voluntarias para la ICOA me exponen a las posibilidad de daño a mi persona y propiedad y que pueda sufrir una lesión como resultado de un accidente y otros imprevistos circunstancias. Reconozco que como voluntario, no estoy cubierto por ningún seguro de compensación laboral o similar que pagaría mis facturas médicas incurridas debido a cualquier lesión que pueda sufrir mientras desempeño servicios como voluntario. A pesar de este riesgo de lesión y la falta de compensación laboral u otra cobertura de seguro médico de la ICOA, a sabiendas y renuncia voluntariamente a todos y cada uno de los reclamos, acciones o causas de acción contra la ICOA y sus fideicomisarios, agentes, afiliados, y empleados indemnes por cualquier lesión o daño que pueda sufrir como resultado de mis actividades como voluntario.

Firma y Fecha: _____