



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

Gracias por su interés en ser parte de la Asociación Moviendo Esperanzas – AME. Somos una asociación sin fines de lucro dedicada a gestionar y administrar donaciones, para atender necesidades de grupos en condiciones de vulnerabilidad.

La información que usted suministre es de carácter confidencial, y será utilizada para uso exclusivo de esta asociación.

1. Nombre: _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: F M

4. Estado Civil: _____ 5. Hijos: Sí No ¿Cuántos? _____

6. Dirección de la casa de habitación: _____

7. Número de Cédula: _____ 8. Email: _____

9. Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____

10. Profesión y ocupación: _____

11. Describa ampliamente sus habilidades o talentos: _____

12. Describa tres virtudes:

13. Describa tres debilidades:



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

14. ¿Cuáles idiomas dominas? Español Inglés Francés Alemán || Escrito Oral

15. ¿Ha aceptado a Dios como Señor y Salvador de su vida? Sí No

Si su respuesta es no, por favor pasar a la pregunta No. 22*

16. Comparta brevemente su testimonio personal de cómo conoció a Cristo:

17. Iglesia o grupo al que pertenece, ¿hace cuánto tiempo?: _____

18. Nombre del (la) pastor (a) o líder espiritual: _____

Teléfonos: _____ / _____ / _____

19. Durante su vida de cristiano a cuántas iglesias ha pertenecido o asistido: _____

20. ¿Cree usted que el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo, son la única fuente de esperanza para la humanidad? Sí No

21. ¿Cree usted que la única forma para llegar al Padre, es a través de Cristo Jesús? Sí No

22. ¿Desarrolla actualmente alguna labor de voluntariado en su iglesia o comunidad? Sí No

¿En qué consiste?



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

23. Cuéntenos de alguna experiencia que haya tenido como líder:

24. Describa un evento o participación con el que se sintió más satisfecho:

25. ¿Cómo obtuvo información de la Asociación Moviendo Esperanzas?

26. ¿Ha participado anteriormente en otros programas de la Asociación Moviendo Esperanzas? Sí No

No

¿En cuáles programas?

27. Disponibilidad de horario en las que puede ser voluntario: Marque con X.

Horario Mes	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M

28. ¿Puede realizar el voluntariado desde su casa? Sí No

29. ¿Cuenta con vehículo propio para movilizarse? Sí No



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

30. ¿Tiene conocimiento del Sistema Operativo Windows? Sí No

31. ¿Cuenta con equipo de cómputo en su casa? Sí No

32. ¿Ha tenido experiencia como voluntario en otras organizaciones? Sí No

¿A dónde y puesto que desempeñaba?

¿Por cuánto tiempo? _____

33. ¿Puede salir de viaje fuera de San José? Sí No

¿Si su respuesta es afirmativa, por cuántos días o semana? _____

34. ¿Está dispuesto a dormir en el suelo en bolsa de dormir (sleeping bag) o lugares con poco acceso a tecnología? Sí No

35. ¿Tiene alguna expectativa económica? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál es la razón?

36. ¿Cuál es su motivación para servir en la Asociación Moviendo Esperanzas?



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

INFORMACIÓN MÉDICA

37. ¿Tiene algún problema físico o emocional? Explique:

38. Tiene algún padecimiento crónico como:

- Presión alta.
- Asma.
- Diabetes.
- Problema cardíaco.
- Otros. ¿Cuáles? _____

39. ¿Por favor indique el nombre del o los medicamentos que usted toma regularmente?

40. ¿Padece usted de algún tipo de alergia? Sí No

Si su respuesta es sí, explique qué la origina:

41. ¿Hay alguna razón médica que no le permita participar de actividades físicas o situaciones que le generen estrés? Sí No

Si su respuesta es sí, explique:

Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

Deseo servir en una de las siguientes áreas. (Marque con x las áreas en las que está interesado y subraye el punto o los puntos específicos en los que le gustaría desarrollarse).

FINANZAS:

- Recaudación de fondos.
- Informes.
- Gestionar donaciones.
- Otros:

SALUD:

- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Salud bucodental
- Farmacia
- Medicina general
- Medicina con especialidad en _____
- Enfermería
- Enfermería con especialidad en _____

LOGÍSTICA:

- Conocimiento en el área de importación.
- Transporte
- Bodega / inventario / acomodo.
- Manejo de grupos de voluntarios extranjeros.

ENLACE:

- Conexión con voluntarios, empresas, iglesias y ministerios cristianos.

ACOMPañAMIENTO EMOCIONAL Y ESPIRITUAL:

- Acompañamiento emocional.
- Intercesión.
- Consejería.

DESARROLLO DE RECURSOS:

- Diseño de manuales, procedimientos y formularios.
- Propuesta de proyectos y nuevas iniciativas.
- Instrumentos de medición.

DESARROLLO COMUNITARIO:

- Capacitaciones.
- Diagnóstico comunitario.
- Desarrollo de recursos temáticos.



Solicitud de Aplicación VOLUNTARIADO

REFERENCIAS

Por favor escriba el nombre de 3 personas que puedan referirle:

Nombre y Apellidos: _____

Parentesco: _____

Lugar de trabajo y el puesto que ocupa: _____

Teléfonos: _____ / _____ E-mail: _____

Nombre y Apellidos: _____

Parentesco: _____

Lugar de trabajo y el puesto que ocupa: _____

Teléfonos: _____ / _____ E-mail: _____

Nombre y Apellidos: _____

Parentesco: _____

Lugar de trabajo y el puesto que ocupa: _____

Teléfonos: _____ / _____ E-mail: _____

De ser usted seleccionado(a) para colaborar de forma voluntaria con la Asociación Moviendo Esperanzas, ¿está dispuesto (a) a cumplir con integridad, amor y responsabilidad, las labores que se le deleguen, en el tiempo que ambas partes acuerden? Sí No

Declaro que me he expresado con la verdad en todas las respuestas de esta solicitud.

Fecha: _____

Firma: _____

¡Unidos en el deseo de servir!