



Estimado futuro compañero voluntario mayor:

¡Gracias por su interés en convertirse en un compañero voluntario mayor! Los voluntarios visitan a clientes frágiles o confinados en sus hogares semanalmente. Proporcionar apoyo social y compañía. Para ser voluntario de SCP debes:

- **Tener al menos 55 años**
- **Complete una verificación de antecedentes federales (cubierta por el programa) y una entrevista con el personal de SCP antes de la capacitación.**
- **A partir del 1/10/21, se requiere prueba de vacunación COVID**
- **Complete el entrenamiento de orientación para voluntarios de dos días en la oficina de SCP**
- **Comprométase a cinco horas de servicio cada semana: días laborables del 9 al 5**
- **Los voluntarios deben asistir a un entrenamiento en servicio mensual, ofrecida en persona y virtualmente.**
- **Si son elegibles, los voluntarios califican para un estipendio libre de impuestos de \$4.00 por hora.**

Complete la solicitud adjunta y devuélva a:

Programa de acompañantes mayores

Calle 265 Henry St

Nueva York, Nueva York, 10002

Nota: Debe presentar prueba de ingresos del año en curso para que podamos determinar si califica para nuestro estipendio libre de impuestos (seguro social, SSI, cartas de concesión de pensión). You also will need to complete the medical clearance form with your doctor. It is required that all volunteers take a TB test before starting with the program.

Si está esperando la cita con su médico o un comprobante de ingresos, envíe el resto de su solicitud completa y entregue su autorización médica y comprobante de ingresos cuando esté completa. Una vez que lo inviten a su entrevista, traiga el resto de sus documentos el primer día.

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-212-473-1474 extensión 1345. Se comunicará con usted cuando se hayan determinado las fechas de entrenamiento y se programará una entrevista con el personal de SCP.



APLICACIÓN DE VOLUNTARIADO 2025

Nombre: _____ Apodo/nombre preferido _____

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ código postal: _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Etnicidad: Hispano/a No hispano/a

Género: Masculino/a Femenino/a Género fluido/ No identifica No desea revelar

Estatus racial: Asiático/a Afroamericano/a Blanco/a Nativo americano/isleño del Pacífico Multirracial

Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a

Sexualidad: identificarse como miembro de la comunidad LGBTQ
 No se identifica como miembro de la comunidad LGBTQ. desconocido/a

Estado de veterano (marque todo lo que corresponda): soy un veterano Mi familiar es un veterano.
 Mi familiar está en servicio activo. No aplicable

¿Se identifica como miembro de la comunidad/grupo de personas con discapacidad? SÍ NO

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ código postal: _____

Por favor indique los idiomas que domina:

Hablado: Inglés Español Chino: Dialecto _____

Leer: Inglés Español Chino: Dialecto _____

Escribir: Inglés Español Chino: Dialecto _____

Viajar:

- ¿Cuántas cuadras puedes caminar cómodamente? 1-3 bloques 5 bloques 10 bloques 1milla
- ¿Qué medios de transporte público utilizas?: Autobús Tren Access-a-Ride
- ¿Cuántos tramos de escaleras puedes subir?: 1-2 3-5
- ¿Cuánto tiempo estás dispuesto a dedicar a viajar para visitar a los clientes? : 15 minutos 30 minutos
45 minutos otro _____

Información de salud:

Médico/asistente de la clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Condad: _____ código postal: _____

¿Cómo se enteró del Programa de acompañantes para personas mayores?

Amigo/a Senior Companion Quien? _____

Senior Center N.O.R.C Cual? _____

Otro _____

Indique los pasatiempos y habilidades especiales que pueda tener:

Leer Tejido Baile Pescar Fotografía el instrumento musical

Fabricación de joyas coser álbum de recuerdos Bingo Ejercicio/caminar

Viajar Arte Voluntariado Cocinando Crafts Otro_____

¿Alguna vez ha sido asistente de salud en el hogar?? Sí No

Si no, ¿qué tipo de trabajo has realizado? _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó? _____

¿Alguna vez has estado encarcelado? No Sí En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Qué cargos? _____

Por favor indique dos (2) referencias de caracteres (no familiares)

1.	_____	_____	_____	_____
	Nombre	Dirección	Ciudad, Estado, Zip	Teléfono
2.	_____	_____	_____	_____
	Nombre	Dirección	Ciudad, Estado, Zip	Teléfono

Asegúrese de escribir claramente la información anterior y verifique todos los números de teléfono. Si necesita más espacio, escriba la información a continuación.

Tenga en cuenta que, según el programa federal Americorps Seniors, todos los voluntarios potenciales deben

completar una verificación de antecedentes de huellas dactilares antes de la capacitación.



**HENRY STREET
SETTLEMENT**



**AmeriCorps
Seniors**

Formulario de elegibilidad de ingresos

Este es un nuevo solicitante.

Para recibir un estipendio, un Compañero mayor debe tener al menos 55 años de edad y no puede tener un ingreso anual de todas las fuentes, después de deducir los gastos médicos permitidos, que exceda las pautas de elegibilidad de ingresos del programa para el estado en el que reside. Se requiere que se cuenten los ingresos anuales de los últimos 12 meses para los voluntarios que prestan servicio y se proyectan para los próximos 12 meses para los nuevos solicitantes. **DEBE INCLUIR PRUEBA DE INGRESOS AL PRESENTAR ESTE FORMULARIO (P. ej.: CARTA DE CONCESIÓN DEL SEGURO SOCIAL)**

Nombre: _____ Teléfono: (_____) ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de gente en el hogar: _____

Estado civil: Casado/s Viudo/a Soltero/a Divorciado/a Legalmente separado

Alojamiento: Alquilar Casa Propia casa Ocupar sin pago

En todas las categorías a continuación, enumere todas las fuentes de ingresos del solicitante voluntario y su cónyuge, si viven en la misma residencia.

Ingresos actuales de todas las fuentes del solicitante y su cónyuge, si viven en la misma residencia	A. Ingreso mensual del voluntario	B. del cónyuge Ingreso Mensual	C. Ingreso mensual total (A+B)		D. Ingreso Anual Total (C x 12)
Social Security	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
SSI / SSDI	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Pension	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Interest/Dividends	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Unemployment	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
COLUMN TOTALS	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$

Deducciones permitidas por gastos médicos, si las hubiera. Tenga en cuenta que se puede deducir hasta el 50 % del monto de calificación maximizado.			
Primum de seguro médico	\$ _____	por mes	or \$ _____ por año
Medicamentos recetados	\$ _____	por mes	or \$ _____ por año
Visitas al médico/facturas médicas	\$ _____	por mes	or \$ _____ por año
Otros costos médicos permitidos	\$ _____	por mes	or \$ _____ por año
	\$ _____	Total por mes	\$ _____ Total por año
SÓLO PARA USO DE OFICINA:			
Ingreso anual total del hogar:			\$ _____
Menos la deducción total permitida de gastos médicos:		-	_____
Equivale al ingreso total anual calificado:		=	\$ _____
<p>Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y entiendo que la falsificación de información puede resultar en que se me considere no elegible para recibir un estipendio como abuelo adoptivo o acompañante mayor.. Entiendo que una declaración falsa a sabiendas y deliberada en este formulario puede ser castigada con una multa, prisión o ambas según la Sección 1001 del Título 18, U.S.C.</p>			
FIRMA DEL VOLUNTARIO		FECHA	REVISADO POR EL DIRECTOR DE SCP
			FECHA

**POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBA DE INGRESOS
AL PRESENTAR LA SOLICITUD**

La prueba de ingresos es su carta de concesión del seguro social o SSI, carta de pensión, etc.

¡No es elegible para recibir un estipendio sin esta prueba!



**HENRY STREET
SETTLEMENT**



**AmeriCorps
Seniors**

FORMULARIO DE SEGURO DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Este formulario se utilizará para inscribirlo en la póliza de Seguro de Accidentes y Responsabilidad Civil que solo lo cubre durante su tiempo en el campo.

Contacto de emergencia #1

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Contacto de emergencia #2

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Beneficiario(s) del Seguro de Muerte Accidental de SCP

1. Nombre: _____ **Relación:** _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

2. Nombre: _____ **Relación:** _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Firma del voluntario de SCP _____

Fecha _____



**HENRY STREET
SETTLEMENT**



**AmeriCorps
Seniors**

**AVISO DE DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES -
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

La siguiente información es necesaria para fines de identificación al verificar registros. Es confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito.

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Otro(s) nombre(s) utilizado(s) en todos y cada uno de los demás registros de nacimiento o registros de residencia:

Dirección: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____
(MM/DD/YYYY)

Género: _____ Raza: _____

Licencia de conducir #: _____ Estado emitido: _____

En relación con mi solicitud de empleo, mi continuidad en el empleo o en relación con mi deseo de participar en actividades voluntarias, se me ha informado y por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Henry Street Settlement, en cualquier momento durante mi proceso de solicitud y/o empleo, para obtener un informe de investigación del consumidor que puede incluir, entre otros, una verificación de antecedentes penales, verificación de registro de abuso sexual, verificaciones de empleo y educación, verificaciones de referencias personales y reputación; y historial de conducción. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Henry Street Settlement a utilizar cualquier información proporcionada en este formulario o durante el proceso de solicitud para obtener el informe de investigación del consumidor. Previa solicitud, tengo derecho a revisar y cuestionar cualquier información negativa que pueda afectarme negativamente o afectar negativamente la decisión de ofrecer empleo. Acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a Henry Street Settlement y a cualquier agencia de informes del consumidor utilizada por Henry Street Settlement con respecto a cualquier información proporcionada por la agencia de informes del consumidor. Reconozco que el facsímil, copia o correo electrónico de este documento tendrá la misma validez, fuerza y efecto que el original.

- 1) POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE AVISO DE DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA PUEDE SER MOTIVO PARA LA TERMINACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL O LA CANCELACIÓN DE CUALQUIER Y TODAS LAS OFERTAS DE EMPLEO A DISCRECIÓN DE LA AGENCIA CORRESPONDIENTE.
- 2) ENTIENDO QUE LOS SOLICITANTES DEBEN INFORMAR LOS ARRESTOS REALIZADOS ENTRE LA SOLICITUD DE EMPLEO Y LA DECISIÓN DE CONTRATAR AL SOLICITANTE DE EMPLEO.
- 3) Aviso a los solicitantes de Nueva York: Según el Artículo 25 Sec 380-g de la Ley General de Negocios de Nueva York, si un informe de consumidor recibido por un empleador contiene información sobre condenas penales, el empleador debe proporcionar al solicitante o empleado que es el sujeto del informe, una copia impresa o electrónica del Artículo 23-A de la Ley Correccional de Nueva York, que rige el empleo de personas previamente condenadas por uno o más delitos penales.

4) **Employee Signature:** _____ **Date:** _____





Senior Companion Program
Funded by the Corporation for National and Community
Services
265 Henry Street
New York, NY 10002

Ph: 212-473-1474
www.henrystreet.org

SENIOR COMPANION PROGRAM VOLUNTEER MEDICAL CLEARANCE

Your **patient** _____ wants to participate in the Henry Street Settlement Senior Companion Program. He/She will be working with homebound clients as a friendly companion in our Senior Companion Program. Volunteer duties will involve the ability to ride on public transportation, escorting clients to appointments, walking around the neighborhood, doing light food shopping and other light physical duties. Please complete this form to ensure that your patient can safely serve as a volunteer and attend necessary training without causing harm to oneself or clients.

Date of Assessment: ____/____/____

PATIENT'S NAME: _____ Date of Birth: ____/____/____

NKDA Allergies: _____

Vital Signs: HT: _____ Wt: _____ BP: _____ R: _____ P: _____

PPD Implant: ____/____/____ LFA RFA

PPD Reading: ____/____/____ Results: NEG POS _____ x _____ mm of induration

HX of Positive PPD CXR: ____/____/____ LTBI Tx: _____ x _____ mos

List any significant **medical, surgical, or mental health conditions**—including hospitalizations. Use additional pages if necessary. None

List all ongoing treatments/medications that would impact service. None

List any pertinent physical exam findings. Within Normal Limits Abnormal findings listed:

Based on your evaluation, the Volunteer is:

- Able to participate with no restrictions
- Not able to participate in the program do to: _____
- Able to participate with the following restrictions: _____

Physician Signature

Date

OFFICIAL BUSINESS STAMP OF PHYSICIANS OFFICE: