



*Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

Programa de Foster Grandparent (Abuelos Adoptivos)

12320 Parklawn Dr, Rockville, MD 20852 301-255-4238

**Aplicación al Programa**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_  Casa  Celular

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Años de escolaridad completos \_\_\_\_\_

Estatus de Veterano \_\_\_\_\_

Grupo Étnico (opcional, solo para reporte estadístico)

\_\_\_ Afroamericano      \_\_\_ Hispano

\_\_\_ Nativo americano/nativo de Alaska

\_\_\_ Asiático, Isleño del Pacífico      \_\_\_ Caucásico      \_\_\_ Otro

Ocupación Anterior \_\_\_\_\_

Medicaid \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_



*Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

INFORMACION ADICIONAL

Díganos por qué desea ser un voluntario de Foster Grandparent (abuelos adoptivos):

---

---

---

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre, incluyendo pasatiempos y habilidades especiales?

---

---

DOS REFERENCIAS (QUE NO SEAN FAMILIARES)

Nombre 1 \_\_\_\_\_

Teléfono 1 \_\_\_\_\_

Nombre 2 \_\_\_\_\_

Teléfono 2 \_\_\_\_\_

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



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

### Formulario de Ingresos Anuales para Foster Grandparent (abuelos adoptivos)

El Programa de Foster Grandparent es requerido por la Corporación para Servicios Nacionales para hacer una verificación anual de todos los Abuelos Adoptivos que participan en el programa. Por favor llene todo el formulario lo más completo que pueda. Liste todas las fuentes de ingresos (CANTIDADES ANUALES) y verifique su exactitud.

TODA LA INFORMACION SERA GUARDADA DE MANERA CONFIDENCIAL

Nombre

---

Dirección

---

---

Teléfono \_\_\_\_\_

Numero de dependientes \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Soltero/a    Casado/a    Divorciado/a    Viudo/a    Separado/a



*Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

Ingresos actuales de todas las fuentes del Solicitante y su Cónyuge, si residen en la misma vivienda	A. Ingreso Mensual del Voluntario	B. Ingreso Mensual del Cónyuge	C. Ingreso Mensual Total (A+B)		D. Ingreso Anual Total (Cx12)
Seguridad Social	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
SSI/SSDI	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Jubilación	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Interés/Dividendos	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Otro:	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$
Total de Columnas	\$	\$	\$	x 12 mo.	\$

Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que LA FALSIFICACIÓN intencional de la información puede resultar en mi desafiliación como Foster Grandparent (abuelos adoptivos).

Firmas

\_\_\_\_\_

Foster Grandparent

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Director del Programa

\_\_\_\_\_

Fecha



*Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

Programa de Foster Grandparent (abuelos adoptivos)

Verificación de Gastos de Transporte

Esto es para declarar que yo, \_\_\_\_\_ pago

\$\_\_\_\_\_ cada día para el transporte hacia y desde mi sitio asignado.

Mi medio de transporte es:

(Marque uno)

\_\_\_\_\_ Bus-Ride on

\_\_\_\_\_ Taxi

\_\_\_\_\_ Conduzco mi propio coche

\_\_\_\_\_ Carpool

\_\_\_\_\_ Otro (Explique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cualquier cambio en mi medio de transporte será reportado DE INMEDIATO a la oficina de Foster Grandparent

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



*Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

**Programa de Foster Grandparent (abuelos adoptivos)**

**Formulario de Beneficiario**

**Primer Beneficiario**

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

**Segundo Beneficiario**

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

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



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

### **Formulario de Certificado Médico**

Se solicita que \_\_\_\_\_ se realice un examen físico para determinar la idoneidad para el servicio como voluntario de Foster Grandparent (abuelos adoptivos) en el **Condado de Montgomery**. En tal capacidad, él/ella/ellos trabajarán con niños que tienen necesidades especiales o necesidades excepcionales en un entorno como el salón de clases.

#### **Las funciones incluirán una o más de las siguientes actividades:**

- Alimentación y cuidado personal de los niños
- Empujar niños en sillas de ruedas
- Ayudar a los niños en las actividades del salón de clases
- No se requiere levantar objetos pesados; sin embargo, la posición puede requerir agacharse, doblarse, caminar distancias cortas
- La duración de las funciones será de veinte horas semanales (lunes a viernes)

**AL MÉDICO TRATANTE: NECESITAMOS SABER DE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD EXISTENTE QUE PUEDE SER PERJUDICIAL PARA LA CAPACIDAD DEL VOLUNTARIO PARA REALIZAR LAS TAREAS LISTADAS.**

En mi juicio profesional, el solicitante de FGP  **puede/**  **no puede** realizar el tipo de tareas voluntarias requeridas por el Programa de Foster Grandparent del Consejo Judío para el Envejecimiento.

#### **POR FAVOR, COMPRUEBE:**

Audición: \_\_\_\_\_ Visión: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ Hernia: \_\_\_\_\_

Fecha de prueba PPD: \_\_\_\_\_ Fecha de lectura de prueba PPD: \_\_\_\_\_

# de mm de induración: \_\_\_\_\_ Resultados/Interpretación: \_\_\_\_\_

Corazón (\* No se requiere electrocardiograma): \_\_\_\_\_

Pulmones (\*No se requieren rayos X): \_\_\_\_\_



*Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

Diagnosticado con alguna enfermedad transmisible: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si marcó SI, por favor enumere:

\_\_\_\_\_

Diagnosticado con algún tipo de Enfermedad Mental: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si marcó SI, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Por favor liste alguna otra enfermedad diagnosticada:

\_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales (Incluya si hubiera alguna limitación para hacer actividades físicas)

\_\_\_\_\_

FECHA DEL EXAMEN MEDICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a que se comparta este Reporte Médico con el Programa de Foster Grandparent del Consejo Judío para el Envejecimiento.

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





## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

Programa de Foster Grandparent (abuelos adoptivos)

### Formulario de Contacto de Emergencia

Nombre del Foster Grandparent: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Opcional): \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE EMERGENCIA

1. Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

2. Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

#### Información Médica

Médico/nombre de Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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



## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

### Acuerdo del Voluntario

Nombre del Voluntario: \_\_\_\_\_

Al aceptar este trabajo voluntario, me comprometo a respetar y seguir las siguientes reglas.

1. Familiarizarme con las políticas, procedimientos, y prácticas de la agencia.
2. Participar en las sesiones de entrenamiento y en todas las otras reuniones agendadas.
3. Mantener una confidencialidad estricta cuando se trata de problemas del cliente.
4. Mantener una conducta profesional en todas las interacciones con el cliente.
5. Honrar el tiempo acordado y asignado para esta posición.
6. Notificar tan pronto sea posible a la persona apropiada, si no puede trabajar de acuerdo con el horario asignado.
7. Avisar por lo menos con dos semanas de anticipación si va a terminar o interrumpir el trabajo por un largo periodo de tiempo.

**EL VOLUNTARIO DE FOSTER GRANDPARENT (ABUELOS ADOPTIVOS) DEBE NOTIFICAR AL DIRECTOR DEL PROGRAMA TAN PRONTO PUEDA SI VA A TOMAR VACACIONES O SI VA A TERMINAR O INTERRUPIR EL TRABAJO POR UN LARGO PERIODO DE TIEMPO.**

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

Testigo Representante de la Agencia:

Cargo: \_\_\_\_\_

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



## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

### **Descripción del puesto de Voluntario de Foster Grandparent (abuelos adoptivos)**

#### **Objetivo:**

Ayudar al personal a proporcionar un entorno acogedor y de aprendizaje que mejore su entorno social y desarrollo académico mientras promueve la preparación escolar durante el horario escolar.

#### **Educación, Calificación y Experiencia:**

El voluntario siempre debe tener una actitud acogedora hacia los niños y estar dispuesto a aprender a trabajar con bebés, niños pequeños y niños en edad escolar en cualquier capacidad.

#### **Responsabilidades del trabajo voluntario:**

Participar individualmente con los niños asignados en actividades tales como:

- Lectura, escritura, impresión y reconocimiento de nombres
- Citar los nombres, direcciones y números de teléfono de los padres (si corresponde)
- Identificar objetos, sonidos, olores, alfabeto, números, animales y artículos de naturaleza
- Dibujar, colorear, pegar, pintar
- Cantar, bailar y experimentar con instrumentos musicales (sujeto a disponibilidad)
- Cuentacuentos y tiempo para compartir
- Interactuar junto con los niños asignados en actividades al aire libre y en el interior
- Demostrar la etiqueta adecuada en la mesa a la hora de comer
- Fomentar la tolerancia racial y cultural
- Otras actividades de aprendizaje relacionadas asignadas por el personal profesional del sitio anfitrión



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

### **Un Voluntario Exitoso Debe:**

- Comprender y comprometerse con la filosofía general de su sitio anfitrión.
- Poseer la capacidad de relacionarse con personas de diversos niveles educativos, culturales y antecedentes económicos.
- Mantener un comportamiento apropiado con los niños pequeños, los padres, el personal y otras disciplinas
- Tener la capacidad de trabajar de forma independiente y como miembro de un equipo
- Estar dispuesto a someterse a una verificación de antecedentes penales y a la toma de huellas dactilares si fuese necesario.
- Aprobar con éxito un examen físico anual, incluida una prueba de tuberculosis.
- Participar en capacitaciones en el servicio, orientación, reuniones de equipo y capacitación continua.

### **FIRMAS:**

**Voluntario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Director del programa:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**El Consejo Judío para el Envejecimiento es una organización privada sin fines de lucro que sirve a personas independientemente de su raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad o nacionalidad de origen.**



## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

### Garantías y Autorizaciones de Verificación de Antecedentes Penales

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN A: Para ser completada por el solicitante.**

Yo autorizo al **PROGRAMA DE FOSTER GRANDPARENT (ABUELOS ADOPTIVOS)** a realizar una verificación del Sitio Web Nacional de Registro Público de Delincuentes Sexuales, un chequeo del Archivo Criminal estatal (en el estado en el que resido y el estado en el que serviré), y un chequeo del FBI. Autorizo a compartir estos resultados con el **Programa de Foster Grandparent (Abuelos Adoptivos)** y que el **Consejo Judío para el Envejecimiento** puede conservar los resultados de esta verificación en un lugar seguro y confidencial.

\_\_\_\_\_  
**Firma del voluntario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Entiendo que la selección para el programa depende de la revisión de los resultados de mi verificación de antecedentes penales por parte del **Programa de Foster Grandparent (Abuelos Adoptivos)**.

\_\_\_\_\_  
**Firma del voluntario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Entiendo que tendré una oportunidad razonable para revisar y cuestionar la precisión fáctica de un resultado antes de que se tomen medidas para excluirme del puesto.

\_\_\_\_\_  
**Firma del voluntario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

Entiendo que mientras se encuentran pendientes los resultados de las verificaciones requeridas del registro criminal, no se me permite tener acceso a niños, personas mayores de 55 años o individuos con discapacidad sin estar acompañado por un representante autorizado que tenga previamente autorizado para dicho acceso.

Protocolo COVID-19 de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS): MCPS está pidiendo a todos los voluntarios a estar completamente vacunados contra COVID-19. MCPS está solicitando una copia en PDF de su certificado de vacunación. Las escuelas instruirán a los voluntarios sobre el proceso y protocolo a seguir en caso de que el voluntario está expuesto al COVID-19. Debe sentirse cómodo de compartir su certificado de vacunación COVID19, el Certificado del Estado Vacunación de COVID-19 del Departamento de Salud, Verificación de vacunación proporcionada por su proveedor de seguro médico, o una carta de un médico de atención primaria que certifique su estado de vacunación.

---

**Firma del voluntario**

---

**Fecha**

**SECCIÓN B: Para ser completado por el personal del programa.**

He considerado los resultados de la verificación de antecedentes penales del Servicio Nacional de Historia Criminal en seleccionar al individuo a servir.

---

Nombre impreso

---

Firma

---

Fecha

Fecha de inicio del servicio voluntario (incluyendo capacitación y orientación): \_\_\_\_\_



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

Esta es una CARTA DE ACUERDO en la que el Consejo Judío para el Envejecimiento nombra a usted para servir a \_\_\_\_\_ como un voluntario del Programa de Foster Grandparent (abuelos adoptivos) para esta agencia comenzando el \_\_\_\_\_ y continuando hasta el Consejo Judío para el Envejecimiento deba rescindir el contrato ya sea del voluntariado o de la sede.

Se espera que usted trabaje con niños solamente en la sede designada a usted. Se espera también que usted entregue su declaración de ingresos todos los años en el mes de abril. El Consejo Judío para el Envejecimiento acepta pagarle un estipendio de \$3.15 dólares por hora durante al menos veinte horas por semana. Usted debe someterse a un examen físico antes de ingresar al programa y anualmente después del inicio. También recibirá un reembolso por el transporte hacia y desde su sede asignada, una comida caliente o el reembolso por una comida.

Se entiende que usted está siendo designado en calidad de voluntario y no como empleado del Consejo Judío para el Envejecimiento. Por lo tanto, no tendrá derecho a los beneficios de los empleados durante el período de este Contrato. Ningún estipendio estará sujeto a cargo o impuesto Federal, Estatal o Local, ni será tratado como salario o indemnizaciones a efectos de desempleo, incapacidad temporal, jubilación, asistencia pública, o pagos de beneficios similares, o leyes de salario mínimo. El Consejo Judío para el Envejecimiento, cuenta con cobertura de seguro con la Asociación de Gerencia Corporativa que cubre los accidentes ocurridos en la sede del Voluntario.

Este Contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes y/o de mutuo acuerdo en cualquier momento.

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo los términos de los servicios de voluntariado y acepto el puesto como se indicó anteriormente.

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

Voluntario de Foster Grandparent







## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

### **Formulario de publicación de fotos originales y redes sociales**

Yo, por una justa y suficiente consideración, cuyo recibo reconozco, por la presente otorgo irrevocablemente al Programa de Foster Grandparent (Abuelos Adoptivos) del Consejo Judío para el Envejecimiento, sus sucesores y delegados, el derecho de registrar mi imagen a través de fotografías o video, utilizar las fotos/secuencias a su discreción y usar o autorizar el uso de dichas fotos o cualquier parte de las mismas de cualquier manera o medio en cualquier momento o momentos en todo el mundo a perpetuidad y usar mi nombre, semejanza, voz e información biográfica y otra información que me concierne en relación con esto, incluyendo promoción en todos los medios pero no para el respaldo de ningún producto.

Reconozco que no recibiré compensación alguna en relación con:

(a) el servicio, las entrevistas y las actuaciones realizadas por mí en relación con o como parte de este proyecto; (b) el uso y explotación de este proyecto; o (c) el ejercicio por el Programa de Foster Grandparent (Abuelos Adosptivos) del Consejo Judío para el Envejecimiento de los derechos otorgados a ellos aquí. Garantizo que no soy miembro de ningún sindicato o gremio que requiera pago adicional.

Por la presente, lo libero a usted y a cualquiera que utilice dichas fotografías, películas, cintas de video u otro material de todos y cada uno de los reclamos, daños, responsabilidades, costos y gastos, que ahora tenga o pueda tener en el futuro por razón de cualquier uso de estos.

Entiendo que las disposiciones de este comunicado son legalmente vinculantes.

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

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

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

Firma del tutor: \_\_\_\_\_

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



## *Helping All Seniors Thrive*<sup>®</sup>

### **Actividades Prohibidas**

Ya sea que dedique tiempo pagado al programa AmeriCorps, acumule horas de servicio o capacitación, o realice actividades apoyadas por el programa; el personal y los miembros de AmeriCorps no pueden participar en las siguientes actividades: (ver 45 CFR 2520.65)

- a. Intentar influir en la legislación;
- b. Organizar o participar en protestas, peticiones, boicots o huelgas;
- c. Ayudar, promover o disuadir la organización sindical;
- d. Deteriorar los contratos de servicios existentes o los acuerdos de convenios colectivos;
- e. Participar en actividades políticas partidistas u otras actividades diseñadas para influir el resultado de una elección para cualquier cargo público;
- f. Participar o respaldar eventos o actividades que probablemente incluyan defensa a favor o en contra de partidos políticos, plataformas políticas, candidatos políticos, propuestas legislativas, o funcionarios electos;
- g. Participar en instrucción religiosa, realizar servicios de adoración, proporcionar instrucción como parte de un programa que incluya instrucción religiosa obligatoria o culto, construir u operar instalaciones dedicadas a la instrucción religiosa o culto, mantener instalaciones dedicadas principal o inherentemente a la instrucción de la religión o culto, o participar en cualquier forma de proselitismo religioso;
- h. Brindar un beneficio directo a—
  - I. Una empresa organizada con fines de lucro;
  - II. Un sindicato;
  - III. Una organización política partidista;
  - IV. Una organización sin fines de lucro que no cumpla con las restricciones contenidas en estas disposiciones se interpretará como de impedir que los participantes realicen actividades de promoción por iniciativa propia; y
  - V. Una organización dedicada a las actividades religiosas descritas en el inciso g anterior, a menos que la asistencia de AmeriCorps no se use para apoyar dichas actividades religiosas;



## *Helping All Seniors Thrive<sup>®</sup>*

i. Llevar a cabo una campaña de registro de votantes o usar fondos de AmeriCorps para realizar una campaña de registro de votantes;

j. Proporcionar servicios de aborto o referencias para recibir dichos servicios; y

k. Realizar otras actividades que AmeriCorps pueda prohibir.

El personal, los miembros y los voluntarios no pueden participar en las actividades mencionadas ya sea directa o indirectamente al reclutar, capacitar o administrar a otros con el propósito principal de participar en una de las actividades enumeradas anteriormente. Las personas pueden ejercer sus derechos como ciudadanos y pueden participar en las actividades enumeradas anteriormente por su propia iniciativa, en un tiempo que no sea de AmeriCorps y que el uso de fondos para el mismo no sea de AmeriCorps. Las personas no deben usar el logotipo de AmeriCorps mientras realizan dicha actividad.

Al firmar abajo, certifico que he recibido y entendido las Actividades Prohibidas y acepto cumplirlas.

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

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

**Por favor envíe la solicitud por correo o entréguela a**

**Aliesha Morris**

**Consejo Judío para el Envejecimiento**

**12320 Parklawn Dr, Rockville, MD 20852**