



**Centro de Solicitud de
Conductor Voluntario para la
Vida Independiente del Oeste de
Wisconsin, Inc.**

**2920 Schneider Ave. E.,
Menomonie, WI 54751**

Programa de Conductor Voluntario de New Freedom

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Género: M F _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Numero de Trabajo: _____ Cell: _____

Dirección: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Condado en el que Reside: _____

Fecha de nacimiento: _____ Apellido de Soltera/Otros Nombres: _____

Licencia de Conducir : _____ Fecha de Vencimiento: _____

de Placa de Carro: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Nombre de la Compañía de Seguros de Vehículos _____

Póliza de Seguros _____ Fecha de Vencimiento: _____

Yo Manejo: carro ____ van ____ troca ____ SUV ____ vehículo modificado ____

Marca del vehículo: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____

Referido por: _____

Cuentanos cualquier experiencia que haya tenido trabajando con personas con discapacidad o personas mayores:

Revised 5/28/2019

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE: Fecha de fondo e iniciales: _____

QUE HORARIO ESTA USTED DISPONIBLE PARA CONDUCIR?:

lunes _____	viernes _____
martes _____	sábado _____
miércoles _____	domingo _____
jueves _____	

Marque (X) el tipo de conducción que realizará: Solo local:___ área del condado:_____

Región _____ Viaje largo ocasional (es decir, St. Paul, Marshfield)_____

Marque (X) sus solicitudes de necesidades especiales.

- _____ Puedo transportar animales de servicio
- _____ Puedo levantar andadores y sillas de ruedas portátiles (no es obligatorio)
- _____ Puedo saludar a los pasajeros en su puerta.
- _____ Otro

(especifique otro)_____

Encierre en un círculo otros condados a los que estaría dispuesto a transportar pasajeros: Adams, Ashland, Barron, Bayfield, Burnett, Chippewa, Clark, Douglas, Dunn, Eau Claire, Forest, Florence, Iron, Lincoln, Langlade, Marathon, Oneida, Pepin, Pierce, Polk, Portage, Price, Rusk, Sawyer, St Croix, Taylor, Vilas, Washburn y Wood.

Puedo estar disponible para conducir para otros programas - Circule uno: Sí o No

Si respondió que sí, ¿podemos compartir esta solicitud con otros programas de conductores voluntarios? Encierre en un círculo: Sí o No

Dos personas para contactar en caso de una emergencia:

Nombre:_____Relación:_____

Teléfono: _____

Nombre:_____Relación:_____

Teléfono: _____

Autorizo a CILWW a realizar una verificación de mi historial de manejo y antecedentes penales cheque con el propósito de aprobación como conductor voluntario.

Firma_____Fecha_____

Acuerdo de conductor voluntario Del Programa de Conductor Voluntario New Freedom

- Seré respetuoso y cortés con mis jinetes.
- No fumaré mientras mi pasajero esté en mi vehículo
- Ejerceré la cautela y la prudencia en el desempeño de mis funciones.
- Seré rápido y confiable al presentarme para el trabajo programado.
- Protegeré la confidencialidad de toda la información relativa a la persona que transporte.
- Usaré el permiso de estacionamiento de vehículos para discapacitados solo para pasajeros.
- Me familiarizaré completamente con las políticas y los procedimientos de transporte, tanto escritos como verbales, según lo establecido por el programa.
- Asistiré a las sesiones de orientación y capacitación según lo programado.
- Notificaré al Especialista en Transporte si no puedo trabajar según lo programado tan pronto como sea posible.
- Notificaré al Especialista en Transporte de cualquier cambio en mi residencia, teléfono, seguro de automóvil, horario, estado de salud o cualquier nueva responsabilidad que afecte mi capacidad para mantener mi puesto.
- Mantendré registros precisos y los enviaré al especialista en transporte al final de cada mes.
- Si decido renunciar, avisaré al Coordinador de Transporte con la mayor anticipación posible y devolveré el letrero de estacionamiento para discapacitados, el manual de políticas y cualquier otro material que pertenezca a CILWW dentro de los 15 días.

Nombre del conductor voluntario (Letra de molde)_____

Firma del conductor voluntario: _____

Fecha:_____



Main Office
2920 Schneider Ave SE
Menomonie, WI 54751

312 W. Knapp St.
Rice Lake, WI 54868

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES INFORMACIÓN Y LIBERACIÓN

Los estatutos de Wisconsin requieren que los empleadores de las personas involucradas en el hogar o el cuidado personal de otros realicen verificaciones exhaustivas de los antecedentes penales de los cuidadores de aquellos considerados para el empleo y/o el voluntariado, según lo exige la Ley de Cuidadores de Wisconsin. Complete la información solicitada a continuación y firme el formulario para permitirnos cumplir con estas leyes.

La condena por un delito no lo descalifica automáticamente para trabajar como voluntario.

 Cuidador General

Nombre: _____ Sexo: M F
(también debe indicar cualquier otros nombres que hayan utilizado)

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alias's: _____

Mencione todas las ciudades y estados en los que ha vivido en los últimos tres (3) años y el nombre por el que era conocido si es diferente de su nombre actual.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

ACT 172 – Declaración de Reconocimiento:

El CILWW es requerido por la Ley de Wisconsin 172 del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin de 2007, que modificó la s. 50.065 de los Estatutos, para divulgar cierta información de las verificaciones de antecedentes del cuidador a los consumidores.

Con mi firma, entiendo que, por ley, el CILWW puede divulgar cierta información sobre condenas a los consumidores según lo exige la Ley 172 de Wisconsin. Autorizo la divulgación de la información a todos y cada uno de los consumidores a los que potencialmente pueda proporcionar servicios de atención personal. Si se niega, ya no será elegible para el empleo y/o el voluntariado.

Firma del empleado o voluntario _____ Fecha _____
(solo oficina: CV-civil, SC-Small Claims, TR-Traffic, PR-Probate)

HFS 12.115 Servicios de atención personal, divulgación de condenas. De conformidad con el art. 50.065 (2m) (d) Estadísticas. Tabla HFS 12.115 enumera los delitos por los cuales una entidad debe revelar según la s. 50.065 (2m) (a) 1., Stats., una condena de un cuidador que brinda servicios de cuidado personal a un cliente o al tutor del cliente.

Wisconsin Statutes	Delito
940.19 (3), 1999 Stats	Batería
940.01	Homicidio doloso en primer grado
940.02	Homicidio imprudente en primer grado
940.03	homicidio grave
940.05	Homicidio doloso en segundo grado
940.12	ayudar al suicidio
940.19 (2), (4), (5) or (6)	Agresión (delito grave)
940.22 (2) or (3)	Explotación sexual por terapeuta; deber de informar
940.225 (1), (2) or (3)	Agresión sexual de primer, segundo y tercer grado
940.285 (2)	Abuso de personas en riesgo
940.29	Abuso de residentes de instalaciones penitenciarias
940.295	Abuso o negligencia de pacientes y residentes.
943.20	Robo
943.201	Uso no autorizado de la información o los documentos de identificación personal de una persona
943.203	Uso no autorizado de información o documentos de identificación de una entidad
943.32	Robo
943.38	Falsificación
943.41	Delitos de tarjetas de transacciones financieras
948.02 (1) or (2)	Asalto sexual de un niño en primer o segundo grado
948.025	Abuso físico de un niño
948.03 (2)(a), (b) or (c)	explotación sexual de un niño
948.05	trata de un niño
948.051	Hacer que un niño vea o escuche actividad sexual
948.055	Incesto con un niño
948.06	seducción infantil
948.07	Solicitar a un niño para la prostitución
948.08	Agresión sexual de un niño colocado en cuidado sustituto
948.085	Exponer a un niño a material dañino o descripciones o narraciones dañinas
948.11 (2)(a) or (am)	Posesión de pornografía infantil
948.12	Delincuente sexual infantil que trabaja con niños
948.13	Descuidar a un niño
948.21 (1)	Secuestro del hijo de otra persona; custodia constructiva
948.3	Niño desatendido en un vehículo de cuidado infantil
948.53	Fabricación, distribución o entrega de una sustancia controlada o un análogo de sustancia controlada
961.41 (1)	Posesión con la intención de fabricar, distribuir o entregar una sustancia controlada o un análogo de sustancia controlada
961.41 (1m)	Posesión o intento de posesión de una sustancia controlada o un análogo de sustancia controlada
961.43 (1)(a)	Adquirir u obtener posesión de una sustancia controlada mediante tergiversación, fraude, falsificación, engaño o subterfugio
961.43 (1)(b)	Fabricar, distribuir o poseer material diseñado para reproducir la marca registrada en cualquier medicamento, envase o etiqueta para fabricar una sustancia falsificada o para duplicar la apariencia física, la forma, el paquete o la etiqueta de un producto controlado.
Una violación de la ley de cualquier otro estado o jurisdicción de los Estados Unidos que sería una violación de un delito enumerado en esta tabla	



Phone 800.228.3287 | Fax 715.233.1083 | cilww@cilww.com | www.cilww.com

Main Office
2920 Schneider Ave SE
Menomonie, WI 54751

312 W. Knapp St.
Rice Lake, WI 54868

EMPOWERING INDIVIDUALS

with disabilities