

HISPANIC

HEALTH

INIITIATIVES®

ABRIENDO CAMINOS®

Mail: P.O. Box 1925 Casselberry, FL 32718-1925
Office: 201 Live Oaks Blvd, Casselberry, FL 32707

Email: info@hhi2001.org Tel: 407-339-2001
Web: HHI2001.org Fax: 407-339-1700

FORMULARIO DE VOLUNTARIOS

HISPANIC HEALTH INITIATIVES® (HHI), una organización en pro de la salud del hispano, trabaja a base de sus voluntarios. Si desea aportar su talento, energía e ideas para ayudarnos, favor de llenar este formulario, anotando cualquier interés especial que usted tenga.

(EN LETRAS DE MOLDE, POR FAVOR)

Fecha: _____

Nombre: _____ Mes de nacimiento _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cell/Beeper _____

Dirección _____

Correo Electrónico: _____ Hora disponible para llamar: _____

Su disponibilidad: **[Favor indicar días y horas]**

Día(s) Lunes/Horas _____ Miércoles/Horas _____ Viernes/Horas _____

Martes/Horas _____ Jueves/Horas _____ Sábado/Hora _____

Domingo/Hora _____

Frecuencia: Una vez a la semana Dos veces Cada dos semanas Otro: _____

Me interesa colaborar de la siguiente manera:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficinista | <input type="checkbox"/> Ferias de Salud |
| <input type="checkbox"/> Promoción de Eventos y Actividades | <input type="checkbox"/> Eventos Comunitarios |
| <input type="checkbox"/> Los Amigos/Buddies Clase de Diabetes | <input type="checkbox"/> Promotores de Salud del Cáncer y Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo del Cáncer y Diabetes | <input type="checkbox"/> Demostraciones del Auto-Examen del Seno |

Mis Talentos y aportaciones especiales son: _____

Intereses especiales: _____

Idiomas: Español Inglés Otro _____

¿Como Supo de Nosotros?

Amiga(o) Periódico La Radio La Televisión Evento Otro _____

Comentarios: _____

Con mi firma me comprometo a participar como voluntario(a): _____

Firma

HISPANIC
HEALTH
INIITIATIVES®
ABRIENDO CAMINOS®

Mail: P.O. Box 1925 Casselberry, FL 32718-1925
Office: 201 Live Oaks Blvd, Casselberry, FL 32707

Email: info@hhi2001.org Tel: 407-339-2001
Web: HHI2001.org Fax: 407-339-1700

VOLUNTEER INFORMATION FORM

HISPANIC HEALTH INITIATIVES® (HHI) is a volunteer driven organization. The opportunities for volunteering are varied both in responsibilities and hours. HHI thanks you for taking the time to complete this form. We welcome hearing about your special interest and skills.

PLEASE PRINT

Date: _____

Name: _____ D.O.B. _____

Telephone: _____ Work _____ Cell _____

Address: _____

E-mail: _____ Convenient time to call: _____

Availability- Please indicate day(s) and hours

___ Monday/Hours _____ ___ Wednesday/Hours _____ ___ Friday/Hours _____
___ Tuesday/Hours _____ ___ Thursday/Hours _____ ___ Saturday/Hours _____
___ Sunday/Hours _____

How Often: ___ Once a week ___ Twice a week ___ Every two weeks ___ Other: _____

Please check- off the type of volunteer work you would like to do for HHI:

___ Office work ___ Health Fairs
___ Event & Activity Promotion ___ Community Events
___ Los Amigos/Buddies Diabetes Class ___ Community Lay Health Educators of Cancer & Diabetes
___ Support Groups- Cancer & Diabetes ___ Breast Self-Examination Demonstrator

My talents and special skills are: _____

I am particularly interested in: _____

Languages Spoken: ___ Spanish ___ English ___ Other: _____

How did you hear of HHI? ___ Friend ___ Event ___ Newspaper ___ Radio ___ TV

___ Other _____

Comments: _____

By signing this document, I commit to participate as a volunteer: _____

Signature

CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD

Los empleados y voluntarios de Hispanic Health Initiatives, Inc. (HHI), tienen la obligación de proteger las identidades de las personas y la información que estas hayan divulgado será mantenida en completa confidencialidad. La información obtenida no debe ser discutida con otras personas fuera de los empleados que están trabajando en el proyecto y solamente si es necesario para completar el trabajo asignado. Información de carácter delicado o personal, no debe ser discutida en lugares donde pueda ser escuchada por personas que no están autorizadas para saber esta información.

Yo prometo que no divulgare ninguna información, que durante el curso de mi empleo o voluntariado llegue a saber. Yo prometo seguir los procedimientos establecidos por H.H.I. para prevenir acceso no autorizado de información que identifique a una persona privada.

Al firmar este contrato, admito que entiendo todas las reglas circundantes de la protección de información confidencial.

Nombre completo (por favor escriba en letra de molde)

Firma

Fecha

CONFIDENTIALITY AGREEMENT

All board, staff, volunteers and others collaborating with Hispanic Health Initiatives® (HHI), have an obligation to protect the identities and information they receive by, from or through HHI. The identity of persons contacted, the related data and all other information, are to remain confidential. Removal of names or disclosure of identities and related information is strictly forbidden. Information obtained is not to be discussed with anyone except project staff, and only as it is necessary to complete the assigned work. Additionally, sensitive information, or information of a personal nature should not be discussed anywhere it could be overheard by persons who are not authorized to receive information.

I agree that I shall not convey or discuss any information that I may learn of during the course of my employment, as a volunteer or in any other capacity which provides access. I agree to follow the procedures established by HHI to prevent unauthorized access to information.

Any information conveyed to third parties, such as for evaluation, grant proposals or grading **MUST** carry the following restriction, on the first available page and on any addenda, supplement, exhibit, insertion or other inclusion, whether bound or separate:

**PERSONAL AND CONFIDENTIAL NOT TO BE USED FOR ANY
PURPOSES; EXCEPT, BY HISPANIC HEALTH INITIATIVES®
AND FOR (evaluation, grant proposals or grading, as the case may be).
NO OTHER CONSENT IS GIVEN OR TO BE IMPLIED.**

By signing this statement, I am acknowledging that I understand the rules surrounding the protection of confidential information. Also, I acknowledge receipt of a signed copy of this Agreement.

Date

Full Legal Name (please print)

Signature

