



Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD

INTRUCCIONES

- Por favor complete todos los espacios.
- Añada hojas adicionales de ser necesario.
- Incluya toda la evidencia.
- Use solo tinta negra/azul.
- Imprima o escriba en letra de molde

Nombre y Apellido Paterno	Numero de Solicitud
	2015 - 0 -
Apellido Materno	Fecha de Nacimiento
	(mes/dia/año)
Entidad para la cual trabaja	
Voluntario <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Regional (Zona) <input type="checkbox"/> Strike Team <input type="checkbox"/> PRUSAR	
Especifique cual Área o Zona:	
USTED DEBE INCLUIR CON SU APLICACION LA SIGUIENTE INFORMACION	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Someter 4 retratos 2 x 2 recientes e iguales a color ✓ Mostrar su licencia de conducir (Original y Copia) ✓ Copia de alguna identificación profesional <ul style="list-style-type: none"> ○ Regulada por el Departamento de Estado o alguna entidad (Original y Copia) ✓ Proveer toda Licencia profesional que tenga que ver con su trabajo o adiestramientos <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejemplo: (CPR, Explosivos, Hazmat, etc.) (Original y Copia) ✓ Mostrar y entregar copia de todos sus cursos y certificados (Original y Copia) ✓ Transcripción de Crédito de FEMA (Original – Se incluye solicitud a llenar) ✓ Carta de recomendación (mínimo tres) ✓ Certificado de Salud (Otorgado por el Departamento de Salud / Mínimo un (1) mes de expedido) ✓ Certificado de Buena Conducta (Mínimo un (1) mes de expedido) ✓ Certificado Ley 300 “Verificación de Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores” (Mínimo un (1) mes de expedido) ✓ Mostrar y entregar copia de hoja de vacunas más recientes ✓ Certificado de Nacimiento o Naturalización o de Residencia Legal. (Original y Copia) ✓ Si posee pasaporte, deberá proveer copia (Original y Copia) ✓ Ser mayor de 18 años. ✓ Presentar Tarjeta de Seguro Social ✓ Certificado Médico – Se adjunta el documento en este formulario para ser llenado por un médico privado. ✓ Aceptación de verificación de Ley 50 y toda ley, reglamento y memorando vigente que sea aplicable al voluntario solicitante. 	

Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD 04/2015





Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD

Cada respuesta tiene que estar legible. NO deje espacios en blanco. Si no aplica una pregunta o espacio escriba N/A. Esta solicitud NO es una garantía de que obtendrá una credencial. Esta solicitud será evaluada para aplicabilidad. El evaluador de su solicitud podrá requerirle más información o algún documento explicativo en caso de que haya una discrepancia. Toda información en esta solicitud será revisada y confirmada.

1. Información del Solicitante					
Primer Nombre		Segundo Nombre			
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Apodo <i>(si aplica)</i>					
Dirección Residencial					
Dirección Postal					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono Móvil		E-mail Personal			
Nombre del Contacto			Teléfono del Contacto		
Núm. Seguro Social <i>(últimos 4 dígitos)</i>			# de Estudiante - FEMA		
# Incorporación <i>(Si Aplica)</i>			Ciudadano Americano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
# Pasaporte			Fecha de Expiración		
Genero	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		# Lic. De Conducir		
Idioma <i>(lenguaje que pueda hablar y escribir)</i>	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Grado Educativo	<input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Curso Técnico <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Otro: _____				

Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD 04/2015

Carr. #1, Km 24.5, Bo. Quebrada Arenas, San Juan, PR 00926
 Apartado 194140, San Juan, PR 00919-4140
 Tel. (787) 724-0124 Fax (787) 725-4244
 info@prema.pr.gov - www.manejodeemergencias.pr.gov





Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD

2. Empleo Actual					
Nombre de la Entidad					
Tiempo	<input type="checkbox"/> Completo		<input type="checkbox"/> Parcial		
Tipo de Entidad	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado			
	<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Organización sin Fines de Lucro			
	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Grupo Voluntario Registrado			
	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Otro: _____			
Dirección Física					
Ciudad		Estado		Zip Code	
Teléfono	() -	Ext.			
Teléfono Alterno	() -	Ext.			
Email del Trabajo					
Departamento o Área					
Posición					
Nombre del Supervisor					
Jefe de la Entidad					
Horario de Trabajo	<input type="checkbox"/> Diurno _____		<input type="checkbox"/> Nocturno _____		<input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/> N/A
¿Es la primera vez que aplica para ser Voluntario en la AEMEAD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Si, No; explique:					

Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD 04/2015





Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD

6. Credencial Solicitada

Indique el Nombre de la Credencial Solicitada *CUERPO DE VOLUNTARIO DE LA AEMEAD*

Indique la razón por la cual usted necesita dicha Credencial *FORMAR PARTE DE EL CUERPO DE VOLUNTARIOS DE LA AEMEAD*

Por este medio, Yo _____
Autorizo a _____ solicitar información de mi persona para la evaluación a entrar al Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD así como recibir una Credencial en cumplimiento con el Reglamento del Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD y las Guías de Credencialización del Gobierno de Puerto Rico. Por este medio, CERTIFICO que toda esta información en esta solicitud es correcta y corroborable.

Firma del Solicitante

Firma Director de Zona o Área

Fecha

Fecha

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Recibido por:	Fecha	Hora	¿Se solicita información adicional?	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	Procesada por:	Fecha
			_____ <i>Nombre de Director de Zona o Área</i>	_____ <i>Firma Director de Zona o Área</i>

Aprobada por: _____ **Fecha:** _____ **Comentarios:** _____

Miguel A. Ríos Torres
Director Ejecutivo

Uso Interno





Forma de Ingreso para el Cuerpo de Voluntarios de la AEMEAD

DOCUMENTO DE ACEPTACION

Por la presente declaro no abogo por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o violencia. Declaro, además, que la información incluida por mí en este formulario es correcta, exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que descubrirse que no reúno los requisitos exigidos u omisión, falsedad o fraude con lo por mi firmado, mi solicitud podrá ser rechazada, cancelada, anulada y ser declarado inelegible. De ser miembro del Cuerpo de Voluntarios podrá ser separado de toda función o actividad que ocupe. También tengo conocimiento que de ser Voluntario, lo anterior puede dar motivo a la destitución o la imposición de cualquier otra medida disciplinaria.

Por la presente autorizo al Director Ejecutivo de la AEMEAD o a su representante autorizado a corroborar la información que he ofrecido y realizar las debidas revisiones según las Leyes y Reglamentos vigentes que apliquen para esta solicitud.

Fecha

Nombre en letra de molde

Firma





CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA VOLUNTARIOS

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Número de Seguro Social XXX - XX- _____ Numero de Licencia de Conducir de Puerto Rico _____

INSTRUCCIONES AL MÉDICO-Utilizar letra legible (letra de molde)

El médico examinará al solicitante personalmente y hará constar en este formulario las condiciones físicas en que se encuentre dicho solicitante.

Agudeza Visual

Ojo derecho sin lentes Correctivos 20/ _____ Ojo izquierdo sin lentes Correctivos 20/ _____ Condición:
 Ojo derecho con lentes Correctivos 20/ _____ Ojo izquierdo con lentes Correctivos 20/ _____ Congénita Adquirida
 Ambos Ojos 20/ _____ Ojo Derecho Ojo izquierdo

Observaciones: _____

Condición física y mental del solicitante

Oídos _____
 Brazos _____
 Piernas _____
 Defectos físicos o mentales _____

¿Ha padecido alguna vez de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de inconsciencia? Sí No

¿Padece del corazón? Sí No

¿Usa marcapaso? Sí No

¿Usa prótesis? Sí No

Peso _____ Libras Color de Ojos _____

Estatura _____ Pies _____ Pulgadas Color de Pelo _____

El que suscribe, certifica que está debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico y hace constar que ha examinado a _____

_____ Fecha del examen

_____ Firma del médico

_____ Firma del solicitante

_____ Nombre y licencia del médico (en letra de molde)

EMI Independent Study Program

Transcript Request Form

A transcript of your Independent Study course completions will be sent to you (the student), and to any Institutions you indicate below. Please type or write your information legibly. Please allow 10 business days for delivery via U.S. Mail.

**If you are requesting transcripts for a large number of students, please contact our office at 301-447-1200 or Independent.Study@fema.dhs.gov for additional completion verification options.*

Student Name (required):
Address (required):
City, State & Zip Code (required):
Phone Number:
Email Address:
Social Security Number Or Student Identification (SID) Number (1 required):
Student Signature (required):
<i>*Only you (the student) can authorize the release of your training record(s).</i>

Institutions to receive Official Transcripts(s):

*As the requestor, you automatically receive a student copy of your transcript

Institution Name:
Attention to (required):
Address:
City, State & Zip Code
Institution Name:
Attention to (required):
Address:
City, State & Zip Code

Mail your request to:

National Emergency Training Center
EMI Independent Study Program
16825 South Seton Avenue
Emmitsburg, MD 21727-8998

OR Fax to: (301) 447-1201