



SENIORS in SERVICE

GEARED UP TO SERVE

1306 W. Sligh Avenue
Tampa, Florida 33604
Tel: (813) 932-5228
Fax: (813) 932-9604
www.seniorsinservice.org

VOLUNTEER APPLICATION FORM (APLICACION PARA VOLUNTARIOS)

Seniors in Service does not discriminate against employees, volunteers, or in the operation of its programs on the basis of race, color, national origin, including limited English proficiency, sex, age, political affiliation, religion, or on the basis of disability. (Seniors in Service no discrimina contra empleados, voluntarios o en operaciones de los programas basados en raza, color, nacionalidad, limitación en el idioma Inglés, sexo, edad, afiliación política o discapacidad).

Check Program (Marque): Senior Companions (Compañeros Mayores) Foster Grandparents (Abuelos Adoptivos)

First Name _____ **Last Name** _____
(Nombre) (Apellido)

Address _____ **Apt./Lot** _____
(Dirección) (Número Apartamento)

Apartment Complex (if applicable) _____
(Nombre del Complejo de Apartamentos)

City _____ **State** FL **Zip Code** _____ **Male / Female** (circle)
(Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (Hombre/Mujer) (Circule)

Home Phone: () _____ **Cell Phone:** () _____
(Teléfono de la Casa) (Celular)

Email address: _____
(Correo electrónico)

Social Security # (last 4 digits) _____ **Date of Birth** _____ **Current Age** _____
(Ultimos 4 números) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Marital Status: Single (Soltero) Married (Casado) Widowed (Viudo) Divorced (Divorciado)

Transportation Type (check): (Transporte) Auto (Auto) Bus (Guagua) Driven (Transportado) Walk (Caminar)

Years of Education Completed _____ **Degree Held** _____
(Años de Educación Completada) (Grado Especializado)

What is your monthly income? \$ _____
¿Cuánto es su ingreso mensual? (Include yourself, your spouse, and income from any dependents).
(Incluya ingreso para usted, esposo(a), o de cualquier dependiente).

How many people living in your household are dependent on this income? _____
¿Cuántas personas viven en la casa dependientes de este ingreso?

Do you have any out-of-pocket medical expenses (Circle) Yes (Si) No (No)
(Tiene usted gastos médicos de su bolsillo?)

See Reverse (Otro Lado)

Our mission is to engage people in volunteerism, particularly those ages 55+, to help children succeed and elders remain independent by recruiting and training devoted and skillful volunteers.

All Languages Spoken: (Idiomas hablados) _____

Previous Occupations: (Ocupaciones Previas) _____

Hobbies, Special skills: (Pasatiempos, Habilidades) _____

Previous Volunteer Experience: (Experiencia previa como voluntario) _____

Physical Condition (check): Good (Buena) Fair (Regular) Poor (Pobre) Do you smoke? (Fuma) Yes / No (Si / No)

Have you or your spouse ever served in the military: specify branch/when Ha servido usted o su esposo(a) en el servicio militar:
Especifique en que rama/cuando

Character References (not a relative) (Referencias) (No familiar):

Name _____ Address: _____
(Nombre) (Dirección)

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
(Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (Teléfono)

Name _____ Address: _____
(Nombre) (Dirección)

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
(Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (Teléfono)

Can you work 20 or more hours a week? (¿Puede usted trabajar 20+ horas a la semana?) Yes No

How did you know about our programs or who referral you to us? (¿Cómo supo usted de nuestros programas o quien lo refirió a nosotros?)

Applicant's Signature

Date

SENIORS IN SERVICE OF TAMPA BAY INC. COLLECTS YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER FOR IDENTIFICATION AND VERIFICATION PURPOSES. SOCIAL SECURITY NUMBERS ARE ALSO USED AS A UNIQUE NUMERIC IDENTIFIER AND MAY BE USED FOR SEARCH PURPOSES. (All SIS volunteers are asked to provide copies of their driver's license, auto insurance information, and social security card. A Doctor must complete a physical attesting to ability to perform volunteer assignments. A driving record, criminal history and sexual offender check will be completed on every applicant.)

(SENIORS IN SERVICE OF TAMPA BAY INC. COLLECTA SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA PROPOSITO DE IDENTIFICACION Y VERIFICACION SOLAMENTE. NUMERO DE SEGURO SOCIAL ES USADO COMO NUMERO DE IDENTIDAD UNICA PARA PROPOSITO DE BUSQUEDA). (A todos los voluntarios de SIS se les requiere proveer copia de licencia de manejo, seguro de auto y tarjeta de seguro social. Un médico debe llenar una forma de salud física que atestigüe la habilidad para desempeñar asignaciones voluntarias. Un chequeo de historial de manejo, historial criminal y ofensas sexuales será completado en cada aplicante).

Official registration and financial information may be obtained from the Division of Consumer Service by calling 1-800-435-7352. Please refer to number SC-02047



Corporation for
NATIONAL &
COMMUNITY
SERVICE



SENIORS in SERVICE

GEARED UP TO SERVE

1306 W. Sligh Avenue
 Tampa, Florida 33604
 Tel: (813) 932-5228
 Fax: (813) 932-9604
 www.seniorsinservice.org

Name: _____
 (Nombre)

Annual Income Review (Revision de Ingreso)

Seniors in Service is required to do annual income verification on all volunteers to determine program eligibility. Please list all income sources for both you and spouse(if applicable), double checking for accuracy. **I understand I must attach a copy of my proof of income for each source for all parties listed.** This information will be kept confidential. (En los programas de Compañeros Mayores y Abuelos Adoptivos es requerido hacer una verificación anual de ingreso a todos los voluntarios para poder determinar su elegibilidad para los programas. Favor de completar esta forma como sea posible. Favor de listar toda fuente de ingreso para usted y su esposo(a), (si aplica), y asegúrese doblemente que la información sea correcta. Esta información será mantenida confidencial. **POR FAVOR ENVIE COPIAS DE CADA FUENTE DE INGRESO POR CADA PERSONA.**

There are _____ people in my household depending on this income (include yourself, your spouse, and any dependants). (Hay _____ personas en mi casa que dependen de este ingreso (incluya usted, su esposo (a) o cualquier otro dependiente).

SOURCES OF INCOME

(Fuentes de Ingreso)

	MONTHLY		OR	ANNUAL	
	Self	Spouse		Self	Spouse
Social Security (Seguro Social)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Supplemental Security (SSI) (Ingreso se Seguridad Suplementario/Desabilidad)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Wages or Salary (Ganancias o salarios)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Retirement (annuities/pensions) (Retiros tales como pensiones/anualidades)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Interest/Dividends/Net Rents (Intereses, Dividendos)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Other (alimony, child support) (Otros)	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____
Total Combined Income (Total Combinado)	\$ _____			\$ _____	

I hereby certify that the information on this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand the need for income information in determining my eligibility for the program, and I agree to notify Seniors in Service promptly of changes in income. I understand that the contents of this application will only be used for determining my eligibility for the Foster Grandparent or Seniors Companion Programs. Yo por este medio certifico que la información en esta aplicación es cierta y correcta a mi mayor entender. Entiendo la necesidad de verificación de ingreso para determinar la elegibilidad para el programa, y estoy de acuerdo en notificar Seniors in Service prontamente sobre cualquier cambio en mi ingreso. Entiendo que falsificación de esta información será motivo para mi despido como voluntario.

Volunteer Signature (firma) _____ Date (fecha) _____

S:\2016 Program Documents\Everyday Forms Rev 06-15-16

Our mission is to engage people in volunteerism, particularly those ages 55+, to help children succeed and elders remain independent by recruiting and training devoted and skillful volunteers.

