



**Meals on Wheels of RI**  
**Programa de comidas de entrega a domicilio**  
**Solicitud de voluntario**

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

**Información de contacto**

Nombre:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene un empleo? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Podemos ponernos en contacto con usted en su lugar de empleo?

SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_

## Información del voluntario

¿Cómo se enteró de Meals on Wheels?

---

¿Prefiere entregar las comidas en una comunidad en particular? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

Si respondió "Sí", ¿dónde?

---

¿Qué días prefiere entregar comidas? *(Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan)*

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

¿Está disponible para hacer reemplazos? (Disponibilidad para entregar comidas un día en el que no tiene programado hacerlo) SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
TAL VEZ \_\_\_\_\_

¿Se ofrece como voluntario con un compañero? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre:

---

¿Se ofrece como voluntario con una empresa/organización? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre:

---

## Información del vehículo

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ N.º de placa: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_

¿Se proporciona una copia de una licencia de conducir válida?    Sí \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

¿Lo han condenado alguna vez por un delito grave o un delito menor?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", describa:

---

---

---

### **Información de contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección:

---

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ (casa/celular)

### **Referencias**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección:

---

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ (casa/celular)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección:

---

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ (casa/celular)

**Envíe la solicitud a:**

Ovalda "Ozzie" Silva,  
Coordinadora de voluntarios  
Meals on Wheels of RI, Inc.  
70 Bath St.  
Providence, RI 02908

[osilva@rimeals.org](mailto:osilva@rimeals.org)