|  |
| --- |
| **Uso exclusivo de la oficina** |
| **ID:** |

Formulario de Voluntario

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y CONTACTO**

**Nombre:**

**Género:** **Femenino** [ ]  **Masculino** [ ]

**Fecha de Nacimiento:**

**Dirección Postal:**

**Teléfono Oficina:** (     )       -       **Celular**: (     )       -

**Correo(s) electrónico(s):** **o**

**Necesidad de Acomodo Razonable:** Sí [ ]  No [ ]

**TRASFONDO PROFESIONAL**

**Condición ocupacional actual (marque las que apliquen):**

Trabaja [ ]  Estudia [ ]  Retirado(a) [ ]  Otra:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de las últimas empresa en las que ha trabajado\*** | **Función que desempeña (o)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*\* Si es retirado, nombre y función desempeñada de la última empresa en la cual trabajo.*

**TRASFONDO ACADÉMICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la institución** **pos-secundaría** | **Grado****(doctorado, maestría, bachillerato, grado asociado, otros)** | **Concentración** |  **Año de Graduación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*** Si se encuentra en proceso, favor de indicar en qué año de estudio se encuentra.

**Si es CPA, favor de proveer su número de licencia y contestar las siguientes preguntas:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Número de licencia**
 | #:       |
| 1. **¿Está vigente su licencia?**
 | Si [ ]  No [ ]  Fecha Vencimiento       |
| 1. **¿Ha pasado por un “peer review”?**
 | Si [ ]  No [ ]  |
| 1. **Fecha del último “peer review” (Día/Mes/Año):**
 | Local       AICPA       |
| 1. **¿Ha hecho una auditoría de fondos federales?**
 | Si [ ]  No [ ] Fecha de última auditoría       |
| 1. **¿Tiene algún señalamiento ético?**
 | Si [ ]  No [ ]  |
| 1. **¿Ha sido convicto de algún delito?**
 | Si [ ]  No [ ]  |

**EXPERIENCIA CON ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO**

1. **¿Ha trabajado con alguna organización sin fines de lucro?**Sí *[ ]* No *[ ]*
2. **Si respondió sí a la pregunta anterior, identifique cuál fue el rol desempeñado.**

Voluntario [ ]  Empleado regular [ ]  Junta de Directores [ ]  No he trabajado con OSFL [ ]

1. **Si respondió sí a la pregunta # 8, por favor indique en qué área(s) ha sido su experiencia trabajando con organizaciones sin fines de lucro.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auditoría como parte de un equipo de trabajo  | [ ]   | Contribuciones | [ ]   |
| Facilitación de talleres | [ ]  | Personal de apoyo en áreas administrativas  | [ ]  |
| Planificación y supervisión de la auditoría | [ ]  | Contador | [ ]  |
| Consultoría | [ ]  | Personal de apoyo en áreas programáticas | [ ]  |
| Planificación estratégica  | [ ]  | Consultor externo | [ ]  |
| Auditor | [ ]  | Otra: |       |

1. **Está dispuesto a trabajar:**

[ ]  Pro bono [ ] Honorarios reducidos [ ]  Depende del tipo de servicio solicitado

1. **Seleccione días, tiempo y cantidad de horas mensuales disponibles para su colaboración voluntaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tiempo** | **lunes** | **martes** | **miércoles** | **jueves** | **viernes** | **sábado** |
| **Mañana** |  |  |  |  |  |  |
| **Tarde** |  |  |  |  |  |  |
| **Noche** |  |  |  |  |  |  |

[ ]  Menos de cinco horas [ ]  De cinco a diez horas [ ]  De 11 a 20 horas

[ ]  De 21 a 30 horas [ ]  De 31 a 40 horas [ ]  Más de 40 horas

1. Mencione sus motivaciones como voluntario/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Seleccione las áreas geográficas en las que pueda colaborar:**

Metro [ ]  Norte [ ]  Este...[ ]  Centro [ ]  Oeste [ ]  Sur [ ]