

# OXNARD CITY CORPS

555 SOUTH "A" STREET # 200 ■ OXNARD, CALIFORNIA 93030 ■ (805) 385-8081 ■ FAX (805) 385-8183

## INFORMACION PERSONAL

FECHA \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO  
SOCIAL

NOMBRE

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL

DIRECCION

NUMERO/CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELEFONO

FECHA DE NACIMIENTO: / /  
MES D AÑO

HOMBRE  MUJER

EDUCACION	NOMBRE/DIRECCION DE LA ESCUELA	AÑO ESCOLAR EN ASISTENCIA	NOMBRE DEL CONSEJERO ESCOLAR
ESCUELA ELEMENTARIA			
ESCUELA SECUNDARIA			

## HISTORIAL DE EMPLEO

(ESCRIBA ABAJO CUALQUIER EXPERIENCIA DE TRABAJO QUE TENGA, EMPEZANDO CON SU EMPLEO MAS RECIENTE)

FECHA MES Y AÑO	NOMBRE Y DIRECCION DE SU EMPLEADOR	SALARIO	PUESTO	RAZON POR QUE DEJO EL EMPLEO

## INFORMACION GENERAL

¿TIENE USTED UNA LICENCIA VALIDA PARA CONDUCIR EN CALIFORNIA? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

¿COMO ESCUCHO ACERCAS DE OXNARD CITY CORPS? \_\_\_\_\_

¿POR QUE DESEARIA PERTENECER A OXNARD CITY CORPS? \_\_\_\_\_

¿CUALES SON SUS EXPECTACIONES DE OXNARD CITY CORPS? \_\_\_\_\_

¿CUALES META(S) DESEARIA LOGRAR EN OXNARD CITY CORPS? \_\_\_\_\_

---

---

**INFORMACION LEGAL**

EN LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS, ¿HA SIDO USTED DECLARADO CULPABLE DE ALGUN CRIMEN INVOLUCRADO CON FRAUDE O VIOLENCIA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

---

---

**REFERENCIAS:** PROPORCIONE LOS NOMBRES DE TRES PERSONAS SIN NINGUN PARENTEZCO CON USTED, QUE CONOZCA POR AL MENOS UN AÑO.

NOMBRE	DIRECCION/TELEFONO	OCUPACION	AÑOS DE CONOCERSE
1.			
2.			
3.			

---

---

CERTIFICO QUE TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA APLICACION SON VERDADERAS Y CORRECTAS. ESTOY DE ACUERDO Y ENTIENDO QUE CUALQUIER INFORMACION ERRONEA E OMISION DE INFORMACION PUEDE SER CAUSA DE EXPULSION DE OXNARD CITY CORPS.

FIRMA DEL APLICANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

---

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE: SOLAMENTE MIEMBROS DEL CONSEJO DE OXNARD CITY CORPS**

MIEMBROS

COMENTARIOS

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____



---

---

-

-

-

-

# OXNARD CITY CORPS

555 SOUTH "A" STREET #200 • OXNARD, CALIFORNIA 93030 • (805) 385-8081 • FAX (805) 385-8183

## Información en Caso de Emergencia

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, notifique: \_\_\_\_\_  
(Padre/madre/guardian) (Telefono)

En el evento de que no puedan comunicarse conmigo, por favor llamen al siguiente amigo o pariente a quien yo autorizo y responsabilizo por los cuidados medicos suministrados:

\_\_\_\_\_  
(Pariente/amigo) (Telefono)

Si la persona anterior no puede ser notificada, yo doy permiso a la *Ciudad de Oxnard*, al personal o representante autorizado de *Oxnard City Corps* a tomar cualquier acción juzgada necesaria en el evento de cualquier herida o enfermedad que requiera atención médica inmediata. Entendemos que la *Ciudad de Oxnard, Oxnard City Corps* no se responsabiliza o asume ninguna responsabilidad monetaria por los cuidados medicos o transportación de ambulancia en caso de emergencia.

### INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Problemas de salud/alergias que requieran atención especial: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Tiene? Medicare \_\_\_\_\_ Medical \_\_\_\_\_ Seguro Medico \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_ # de Poliza \_\_\_\_\_

Entiendo que para participar en la *Ciudad de Oxnard, Oxnard City Corps*, el participante anteriormente mencionado tendrá que seguir ciertos reglamentos de vestimenta. No se permite usar sandalias, pantalones cortos, joyas que cuelguen, vestimenta que tenga alguna afiliación con pandillas, blusas sin espalda/con tirantes o cualquier vestimenta que no sea apropiada para el trabajo que se desempeña en *Oxnard City Corps*.

Yo, el abajo firmante, doy permiso a la persona anteriormente referido(a) como participante para participar en las siguientes actividades coordinadas por la *Ciudad de Oxnard y Oxnard City Corps*. Asistir a cualquier viaje planeado a empleadores privados o publicos como parte del entrenamiento. Ser fotografiado durante entrenamiento y autorizar al uso de esas fotografías en la presentación del Programa de Desarrollo Juvenil de la Ciudad de Oxnard a la prensa, Departamento de Labor, y al publico general.

Este consentimiento sera efectivo mientras el menor de edad o participante este activo en programas de desarrollo juvenil con la Ciudad de Oxnard.

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del  
Padre/Madre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

