



# Programa de transición de verano previo al empleo de NE VR

Angel Guardians, Inc., en colaboración con la YMCA de Maple, la Comunidad de Jubilados New Cassel, la YMCA del \*Centro y el Hospital Immanuel, ofrece a estudiantes de 16 a 21 años la oportunidad de adquirir la experiencia y la formación necesarias para el éxito en un empleo integrado y competitivo. Para participar, los estudiantes deben haber firmado un Acuerdo Pre-ETS con el Departamento de Rehabilitación Vocacional de Nebraska y estar matriculados en el año escolar 2025-2026. Para más información, contacte con la directora de TeamWorks, Alessandra Mengel: [alessandra@angelguardians.org](mailto:alessandra@angelguardians.org).

\*Debe completar la solicitud de voluntariado de CHI y el examen de salud antes del 9 de junio. Para más información, contáctenos.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

LICENCIA DE CONDUCIR #: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

## DETALLES DEL PROGRAMA

¿TIENE EL ESTUDIANTE UN ACUERDO PRE-ETS CON NEBRASKA VR? (OBLIGATORIO)  Sí  No

¿ESTÁ EL ESTUDIANTE MATRICULADO EN EL CURSO ESCOLAR 2025-2026? (OBLIGATORIO)  Sí  No

¿EL ESTUDIANTE PUEDE ASISTIR AL PROGRAMA DIARIAMENTE?  Sí  No

SI NO, POR FAVOR ENUMERE LAS FECHAS EN LAS QUE NO PUEDE ASISTIR. \_\_\_\_\_

¿PUEDE EL ESTUDIANTE PRESENTAR COMPROBANTE DE AUTORIZACIÓN DE EMPLEO LEGAL E IDENTIDAD?  Sí  No

¿NO TIENE ANTECEDENTES DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO O VIOLENTO EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS? Si contesto "sí", por favore explique.  Sí  No \_\_\_\_\_

## SELECCIONE LAS PREFERENCIAS DEL PROGRAMA A CONTINUACIÓN (ESTAS NO GARANTIZAN UN HORARIO/UBICACIÓN)

Horario preferido:  Mañana (9:00 a. m. - 11:30 a. m.)  (Tarde) 12:30 p. m. - 3:00 p. m.

Ubicación preferida (seleccione una):

YMCA del centro (20th y Harney)

YMCA de Maple (7502 Maple St)

\*Hospital Immanuel (6901 N 72nd St)

Comunidad de retiro New Cassel (900 N. 90th St)

Información adicional (si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha



ANGEL  
GUARDIANS  
INC.

# APLICACIÓN DE APRENDIZAJE BASADO EN EL TRABAJO

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Tutor/Representante legal: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Por le presente, libero y eximo de responsabilidad a Angel Guardians Inc., sus agentes y empleados de toda responsabilidad, reclamos, daños, acciones y causas de acción por pérdidas, daños o lesiones a personas o propiedades, independientemente de cómo surjan y cómo se causen, incluidos, entre otros, todos los tipos y grados o grados de negligencia con los que Angel Guardians Inc. pueda ser acusado, directa o indirectamente, de realizar actividades médicas diarias autorizadas o tratamientos médicos de emergencia que surjan de un accidente, enfermedad u otra condición de salud o lesión.
- Además, acepto revelar por escrito las condiciones físicas y médicas, las limitaciones, las sensibilidades y las órdenes de no resucitar del individuo nombrado anteriormente, y acepto liberar y eximir de responsabilidad a Angel Guardians Inc., sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad, reclamo, daño, acción y causa de acción de cualquier manera relacionada con o derivada de dichas condiciones, limitaciones, sensibilidades u órdenes de no resucitar.
- Acepto expresamente que el desempeño de las actividades médicas diarias autorizadas y el tratamiento médico de emergencia que surja de un accidente, enfermedad u otra condición de salud o lesión se realizarán bajo mi propio riesgo y declaro que puedo comprender los riesgos involucrados física y médicamente.
- Además, acepto que Angel Guardians Inc., sus agentes y empleados no serán responsables de ningún reclamo, demanda, lesión, daño, acción o causa de acción que surja o esté relacionada con el uso de cualquiera de sus servicios, instalaciones o equipos.
- Por la presente, autorizo a Angel Guardians Inc., sus agentes y empleados a ayudar a la persona arriba mencionada a buscar y obtener la atención o el tratamiento médico de emergencia que necesite, incluida la hospitalización, si, a juicio de Angel Guardians Inc., surge dicha necesidad. Al hacerlo, acepto asumir la responsabilidad de los costos y honorarios asociados con los tratamientos médicos obtenidos. Autorizo a los médicos tratantes y al resto del personal médico a administrar cualquier tratamiento médico necesario, a menos que se especifique en una orden de no reanimación.

Información adicional (si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha