

## Volunteer Application

While we are volunteering to help, we want to make sure that we all are safe. To better help each other in the field, the organization needs to have some information about each of us. The leadership of the organization is committed to keep this information confidential and may be disclosed to other member of the team who have skills to help in this problem that the volunteer might have. We may also need to contact your family member or your primary care physician. Please fill out this form and send it by email to the president of the organization. If you are taking any medication, make sure you have enough for the duration of the mission. If you have history of severe allergy, please bring your epi-pen and notify the crew about your health condition.

Thank you for giving your time, money, energy and most importantly, yourself!

Mission Date: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

### PERSONAL INFORMATION

Name \_\_\_\_\_  
Home Address \_\_\_\_\_  
Work Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_  
Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Date of Birth \_\_\_\_\_  
How would you like us to call you \_\_\_\_\_?

### EMERGENCY CONTACT

#### In the US:

1- Name: \_\_\_\_\_, Relationship: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_, Best time to call: \_\_\_\_\_  
2- Name: \_\_\_\_\_, Relationship: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_, Best time to call: \_\_\_\_\_

#### In Haiti:

1- Name: \_\_\_\_\_, Relationship: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_, Best time to call: \_\_\_\_\_  
2- Name: \_\_\_\_\_, Relationship: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_, Best time to call: \_\_\_\_\_

## MEDICAL INFORMATION

a) Any Medical condition that may need attention:

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

How to identify it? \_\_\_\_\_,  
Will you carry any medication for it? \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ ml or mg, tablet [ ], capsule [ ], cream [ ], liquid [ ], injection [ ],  
inhaler [ ]

Route: IM [ ], IV [ ], SQ [ ], inhal [ ], sublingual [ ], spray [ ], ocular drop [ ], ear drop [ ]

b) Allergy:

a. To food: \_\_\_\_\_

b. Medication: \_\_\_\_\_

c. Environmental: \_\_\_\_\_

c) Do you carry an epi-pen? \_\_\_\_\_, Insulin? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inhaler? \_\_\_\_\_, any other  
personal medication that need special storage environment? \_\_\_\_\_

d) Primary care Physician:

Name: \_\_\_\_\_, Phone: \_\_\_\_\_

Call if: \_\_\_\_\_

e) Blood group: \_\_\_\_\_, Accept transfusion: Yes [ ], No [ ], Only if: \_\_\_\_\_

## CREDENTIALIAL

## EMPLOYMENT

Current Employer, if applicable:

Position/Title \_\_\_\_\_

Dates of Employment (starting, ending) \_\_\_\_\_

Company/Employer \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Would you like us to keep your employer abreast of your volunteer service and achievement?

No  Yes

### nterests

In which areas are you best suited to volunteer?

\_\_\_ AIDS/ HIV

\_\_\_ STD/TB

\_\_\_ Disaster Assistance

\_\_\_ Fundraising

\_\_\_ Homelessness/Hunger

\_\_\_ Volunteer Leadership

\_\_\_ Events Planner

\_\_\_ Disability Services

\_\_\_ Environment

\_\_\_ Health/ Wellness

\_\_\_ Seniors

\_\_\_ Youth Volunteering

**SKILLS & EXPERIENCE**

Special training, skills, hobbies

Groups, clubs, organizational membership's \_\_\_\_\_

Please describe your prior volunteer experience (include organization names and dates of service) \_\_\_\_\_

What experiences have you had that may prepare you to work as a volunteer in the field of [description of field, e.g., STD, HIV/AIDS prevention, dental, TB, etc.]?

Why do you want to volunteer? [Or, what do you want to gain from this volunteer experience?]

Have you ever been convicted of a crime? [If yes, please explain the nature of the crime and the date of the conviction and disposition.] Conviction of a crime is not an automatic disqualification for volunteer work.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Please submit this application to:**  
Impact on the World through Healthcare, INC  
P.O. Box 542665  
Greenacres, FL. 33454  
(561) 463-5975  
E-mail: [IWTHC02@gmail.com](mailto:IWTHC02@gmail.com)  
[www.IWTHC.org](http://www.IWTHC.org)



## Demande de bénévolat

Pendant que nous nous portons volontaires pour aider, nous voulons nous assurer que nous sommes tous en sécurité. Pour mieux s'entraider sur le terrain, l'organisation doit disposer d'informations sur chacun de nous. La direction de l'organisation s'engage à maintenir la confidentialité de ces informations et peut être divulguée à un autre membre de l'équipe possédant les compétences nécessaires pour résoudre le problème que le volontaire pourrait avoir. Nous pourrions également avoir besoin de contacter votre membre de la famille ou votre médecin de famille. Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer par courrier électronique au président de l'organisation. Si vous prenez des médicaments, assurez-vous d'en avoir assez pour la durée de la mission. Si vous avez des antécédents d'allergie grave, apportez votre **épi-pen** et informez l'équipe de votre état de santé.

Merci de donner votre temps, votre argent, votre énergie et surtout, vous-même!

Date de la mission : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### INFORMATION PERSONELLE

Nom \_\_\_\_\_

Adresse résidentielle  
\_\_\_\_\_

Téléphone de Travail \_\_\_\_\_ Téléphone à la Maison \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_

Comment voudriez vous être contactés \_\_\_\_\_

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

### Aux Etats-Unis:

1- Nom: \_\_\_\_\_, Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_, meilleur moment pour appeler: \_\_\_\_\_

2- Nom: \_\_\_\_\_, Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_, Meilleur moment pour appeler: \_\_\_\_\_

### En Haïti:

1- Nom: \_\_\_\_\_, Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_, Meilleur moment pour appeler: \_\_\_\_\_

3- Nom: \_\_\_\_\_, Relation: \_\_\_\_\_

4- Téléphone: \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour appeler: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MÉDICALES

a) Toute affection pouvant nécessiter une attention particulière:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment l'identifier? \_\_\_\_\_,

Porterez-vous des médicaments pour cela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_ ml ou mg, comprimé , capsule , crème , liquide , injection ,

inhalateur  Voie: IM , IV , QS , inhalation , sublinguale , vaporisation , goutte oculaire , goutte pour les oreille

### ALLERGIE:

Allergie alimentaire \_\_\_\_\_

b. Aux médicaments: \_\_\_\_\_

c. Environnemental: \_\_\_\_\_

c) Avez-vous un Epi-pen? \_\_\_\_\_,

l'insuline? \_\_\_\_\_,\

inhalateur? \_\_\_\_\_,

tout autre médicament personnel nécessitant un environnement de stockage spécial?

---

d) Médecin de famille :

Nom: \_\_\_\_\_, Téléphone: \_\_\_\_\_

Appelez si: \_\_\_\_\_

e) Groupe sanguin: \_\_\_\_\_, accepter la transfusion: oui [], non [], seulement si:

---

## REFERENCE

---

## EMPLOI

Employeur actuel, le cas échéant:

Position / Titre \_\_\_\_\_

Dates d'emploi (début et fin) \_\_\_\_\_

Entreprise / Employe \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous que nous informions votre employeur de votre service et de vos réalisations bénévoles?

Non  Oui

## INTÉRÊTS

Dans quels domaines êtes-vous le mieux placé pour faire du bénévolat?

\_\_\_ SIDA / VIH \_\_\_ Sans-abri / Faim \_\_\_ Environnement

\_\_\_ STD / TB \_\_\_ Leadership bénévole \_\_\_ Santé / Bien-être

\_\_\_ Assistance en cas de catastrophe \_\_\_ Planificateur d'événements \_\_\_ Personnes âgées

\_\_\_ Collecte de fonds \_\_\_ Services aux personnes handicapées \_\_\_ Volontariat des jeunes

## COMPÉTENCES ET EXPÉRIENCES

Formation spéciale, compétences, loisirs

---

Groupes, clubs, organisations membres \_\_\_\_\_

Veillez décrire votre expérience de bénévolat antérieure (inclure les noms des organisations et les dates de service)

---

---

---

Quelles expériences avez-vous vécues qui pourraient vous préparer à travailler en tant que bénévole dans le domaine [description du domaine, par exemple, MST, prévention du VIH / sida, soins dentaires, tuberculose, etc.]?

---

---

---

Pourquoi voulez-vous faire du bénévolat? [Ou, que voulez-vous gagner de cette expérience de bénévolat?]

---

---

---

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'un crime? [Dans l'affirmative, veuillez expliquer la nature du crime et la date de la déclaration de culpabilité et de sa décision.] La déclaration de culpabilité d'un crime ne constitue pas automatiquement une exclusion du travail bénévole.

---

---

---

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**S'il vous Plait Envoyez votre application à:**  
Impact on the World through Healthcare, INC  
P.O. Box 542665  
Greenacres, FL. 33454  
(561) 463-5975  
E-mail: IWTHC02@gmail.com  
www.IWTHC.org