

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

Número expediente: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INCENTIVADO

Yo, \_\_\_\_\_, solicito participar del *Programa de Voluntariado Incentivado* que ofrece la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en el centro donde recibo servicios de tratamiento. Al cumplimentar esta petición reconozco lo siguiente:

- Haber leído esta solicitud en su totalidad, o que la misma me fue leída y explicada en su totalidad, y comprendo el propósito y alcance del Programa de Voluntariado Incentivado, y que al leer y someter la misma se me proveyó copia de la Orden Administrativa Núm. 2016-01 emitida por la Administradora de ASSMCA el 15 de enero de 2016 la que crea este programa especial, describe sus objetivos y cita las fuentes legales de donde emana.
- Se me ha explicado el procedimiento de solicitud y que de ser considerado favorablemente, el mismo constituirá con mi firma y la del Director, Gerente o Coordinador a cargo de esta clínica un acuerdo de servicios voluntarios.
- Reconozco que existe un limitado número de espacios para participar de este programa, y que si el número de solicitudes sobrepasa la cantidad de los espacios disponibles, mi participación puede quedar sujeta al sorteo de los espacios para la asignación de los mismos de forma que quede libre de criterios arbitrarios.
- Comprendo que entre los objetivos que persigue este *Programa de Voluntariado Incentivado*, y según se desprende de la Orden Administrativa citada anteriormente, está el que pueda desarrollar destrezas técnicas y sociales asociadas al mundo laboral, lo que a su vez resulta beneficioso para mi tratamiento, y que las horas de servicio rendido podrán ser certificadas para acreditar experiencia de trabajo.
- Se me ha explicado que se me podrá asignar dinero en calidad de dietas para cubrir gastos razonables de alimentación, de viaje, u otros incidentales incurridos para ejercer las tareas que se me asignen, y que estos estipendios no excederán la cantidad de ciento veinticinco dólares (\$125.00) mensuales y mil quinientos dólares anuales (\$1,500.00), según establecido en la Ley 261.
- Comprendo que para ser elegible a participar de este Programa de Voluntariado debo cumplir con los siguientes requisitos mínimos:
  - Ser paciente activo del Centro de Tratamiento con Metadona del cual solicita participación en el Programa de Voluntariado Incentivado.
  - Encontrarse en al menos Fase II de tratamiento con metadona.
- Entre las tareas o labores que podré realizar en el centro se encuentran: orientar a otras personas sobre los servicios que se ofrecen en el centro; entregar material educativo del centro a otros pacientes o personas interesadas; mantener un tablón de edictos actualizado con actividades anunciadas para pacientes; reclutar potenciales participantes del programa de tratamiento con metadona a aquellas personas que no se encuentren recibiendo tratamiento; ofrecer apoyo en la coordinación de actividades recreativas y vocacionales; colaborar en la

- Preparación y recogido de los salones de actividades para pacientes; colaborar en la transportación de pacientes al centro; servir de amigo acompañante de otros pacientes cuando se refieren a servicios externos al centro; colaborar con ornato y limpieza sencilla; entre otras tareas.
- Comprendo que debo cumplir con las normas del centro para participar de este programa, y de incurrir en conducta que violente dichas normas mi participación en el *Programa de Voluntariado Incentivado* podrá ser suspendida.
- Entiendo que copia de esta solicitud/acuerdo podrá ser incluida dentro de mi expediente clínico y quedar sujeto a todas las normas relativas a la confidencialidad de mi información de salud.

Fecha (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del personal directivo del Centro.**

Luego de revisar esta Solicitud de Participación en el Programa de Voluntariado Incentivado se ha determinado que el(la) solicitante \_\_\_\_\_ **CUMPLE** \_\_\_\_\_ **NO CUMPLE**, con los requisitos mínimos del programa; y que el (la) mismo(a) será \_\_\_\_\_ **RECOMENDADO** \_\_\_\_\_ **NO RECOMENDADO** favorablemente para participar del mismo.

De ser recomendada favorablemente continuar con el siguiente paso:

Esta solicitud: \_\_\_\_\_ **SERÁ** incluida en el sorteo de espacios disponibles para el programa.  
\_\_\_\_\_ Toda vez que el número de solicitudes no excedió el cupo, el solicitante fue aceptado en el Programa.

Resultado del sorteo de espacios disponibles:

El(la) solicitante resultó ganador(a) en el sorteo.

El(la) solicitante no resultó ganador(a) en el sorteo, pero será incluido en la lista de espera de solicitantes esperando espacio disponibles para participar del programa.

Se aprueba la presente solicitud donde el participante \_\_\_\_\_ comenzará a prestar servicios voluntarios a través del Programa de Voluntariado Incentivado de ASSMCA a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Fecha (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Firma del Director/Gerente/Coordinador \_\_\_\_\_

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

Número expediente: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INCENTIVADO

Yo, \_\_\_\_\_, solicito participar del *Programa de Voluntariado Incentivado* que ofrece la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en el centro donde recibo servicios de recuperación. Al cumplimentar esta petición reconozco lo siguiente:

- Haber leído esta solicitud en su totalidad, o que la misma me fue leída y explicada en su totalidad, y comprendo el propósito y alcance del Programa de Voluntariado Incentivado, y que al leer y someter la misma se me proveyó copia de la Orden Administrativa Núm. 2016-01 emitida por la Administradora de ASSMCA el 15 de enero de 2016 la que crea este programa especial, describe sus objetivos y cita las fuentes legales de donde emana.
- Se me ha explicado el procedimiento de solicitud y que de ser considerado favorablemente, el mismo constituirá con mi firma y la del Director, Gerente o Coordinador a cargo del Programa un acuerdo de servicios voluntarios.
- Reconozco que existe un limitado número de espacios para participar de este Programa, y que si el número de solicitudes sobrepasa la cantidad de los espacios disponibles, mi participación puede quedar sujeta al sorteo de los espacios para la asignación de los mismos de forma que quede libre de criterios arbitrarios.
- Comprendo que entre los objetivos que persigue este *Programa de Voluntariado Incentivado*, y según se desprende de la Orden Administrativa citada anteriormente, está el que pueda desarrollar destrezas técnicas y sociales asociadas al mundo laboral, lo que a su vez resulta beneficioso para mi recuperación, y que las horas de servicio rendido podrán ser certificadas para acreditar experiencia de trabajo.
- Se me ha explicado que se me podrá asignar dinero en calidad de dietas para cubrir gastos razonables de alimentación, de viaje, u otros incidentales incurridos para ejercer las tareas que se me asignen, y que estos estipendios no excederán la cantidad de ciento veinticinco dólares (\$125.00) mensuales y mil quinientos dólares anuales (\$1,500.00), según establecido en la Ley 261.
- Comprendo que para ser elegible a participar de este Programa de Voluntariado debo cumplir con los siguientes requisitos mínimos:
  - Ser participante activo del Programa de Recuperación del cual solicita participación en el Programa de Voluntariado Incentivado.
- Entre las tareas o labores que podré realizar en el centro se encuentran: orientar a otras personas sobre los servicios que se ofrecen en el Programa de Recuperación; entregar material educativo del centro a otros participantes o personas interesadas; mantener un tablón de edictos actualizado con actividades anunciadas para participantes; reclutar potenciales participantes del Programa de Recuperación a aquellas personas que no se encuentren recibiendo servicios; ofrecer apoyo en la coordinación de actividades recreativas y vocacionales; colaborar en la preparación y recogido de los salones de actividades para participantes; colaborar en la transportación de pacientes al centro;

servir de amigo acompañante de otros participantes cuando se refieren a servicios externos al Programa; colaborar con ornato y limpieza sencilla; entre otras tareas.

- Comprendo que debo cumplir con las normas establecidas para participar de este Programa, y de incurrir en conducta que violente dichas normas mi participación en el *Programa de Voluntariado Incentivado* podrá ser suspendida.
- Entiendo que copia de esta solicitud/acuerdo podrá ser incluida dentro de mi expediente y quedar sujeto a todas las normas relativas a la confidencialidad de mi información de salud.

Fecha (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del personal directivo del Centro.

Luego de revisar esta Solicitud de Participación en el Programa de Voluntariado Incentivado se ha determinado que el(la) solicitante \_\_\_\_\_ **CUMPLE** \_\_\_\_\_ **NO CUMPLE**, con los requisitos mínimos del Programa, y que el (la) mismo(a) será \_\_\_\_\_ **RECOMENDADO** \_\_\_\_\_ **NO RECOMENDADO** favorablemente para participar del mismo.

De ser recomendada favorablemente continuar con el siguiente paso:

Esta solicitud: \_\_\_\_\_ **SERÁ** incluida en el sorteo de espacios disponibles para el Programa.  
\_\_\_\_\_ Toda vez que el número de solicitudes no excedió el cupo, el solicitante fue aceptado en el Programa.

Resultado del sorteo de espacios disponibles:

El(la) solicitante resultó ganador(a) en el sorteo.

El(la) solicitante no resultó ganador(a) en el sorteo, pero será incluido en la lista de espera de solicitantes esperando espacio disponibles para participar del programa.

Se aprueba la presente solicitud donde el participante \_\_\_\_\_ comenzará a prestar servicios voluntarios a través del Programa de Voluntariado Incentivado de ASSMCA a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fecha (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Firma del Director/Gerente/Coordinador \_\_\_\_\_