



**美華慈心關懷聯盟**  
 Chinese American Coalition  
 for Compassionate Care  
[www.caccc-usa.org](http://www.caccc-usa.org)

## Volunteer & Membership

New       Update Information

Date \_\_\_\_\_ I would like to join CACCC as a    Member    Volunteer

Full Name (include any degree/title) \_\_\_\_\_

Chinese Name (if applicable) \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

Emergency Contact \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone \_\_\_\_\_

### Language(s)

Verbal:    English    Mandarin    Cantonese    Taiwanese    Other \_\_\_\_\_

Written:    English    Chinese    Other \_\_\_\_\_

How did you learn about CACCC? \_\_\_\_\_

Your available time for volunteer work?    Weekday    Weeknight    Weekend

Volunteer Area(s) of Interest \_\_\_\_\_

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Events               | <input type="checkbox"/> Fundraising                       | <input type="checkbox"/> Membership       | <input type="checkbox"/> Photo/Video/Design  |
| <input type="checkbox"/> Bereavement Support* | <input type="checkbox"/> Heart to Heart <sup>®</sup> Café* | <input type="checkbox"/> Patient Visit*   |  |
| <input type="checkbox"/> Interpretation*      | <input type="checkbox"/> Translation*                      | <input type="checkbox"/> Speakers Bureau* | <input type="checkbox"/> Suicide Prevention* |
| <input type="checkbox"/> Warm Line*           | <input type="checkbox"/> Website*                          | <input type="checkbox"/> Other _____      |  |

*Optional-statistical purposes only:*

**Ethnic Group** \_\_\_\_\_ **Current Employer** \_\_\_\_\_

**Please mail completed application to:**  
 Chinese American Coalition for Compassionate Care  
 9440 Telstar Ave., El Monte, CA 91731

Or email to: [admin@caccc-usa.org](mailto:admin@caccc-usa.org)

\*Prerequisite required

For Admin Purposes: <input type="checkbox"/> Roster <input type="checkbox"/> Admin <input type="checkbox"/> Scan
---



美華慈心關懷聯盟  
Chinese American Coalition  
for Compassionate Care  
www.caccc-usa.org

日期\_\_\_\_\_

## 會員和志工申請表

新申請

更新資料

我想加入美華慈心關懷聯盟成為 會員 志工

英文全名 \_\_\_\_\_ (含專業學位/頭銜) 中文姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電子郵件 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_

住宅電話 \_\_\_\_\_ 業務電話 \_\_\_\_\_

緊急聯絡人姓名 \_\_\_\_\_ 緊急聯絡人電話 \_\_\_\_\_

語言

口語語言： 英語 普通話 粵語 台灣話 其他

書寫文字： 英語 中文 其他

你是如何知道美華慈心關懷聯盟的? \_\_\_\_\_

你能參與志工服務的時間? 平日白天 平日晚上 周末

有興趣參與的志工服務項目：

活動 募款 會員 照相/錄影/設計

哀傷輔導\* 安心茶話屋\* 病人探訪\*

口譯\* 筆譯\* 講師團\* 自殺防治\*

接聽免費專線電話\* 網站建立與維護\* 其他 \_\_\_\_\_

選擇性回答的問題，僅供統計目的：

族裔 \_\_\_\_\_ 目前雇主 \_\_\_\_\_

請將填寫完整的申請表郵寄至：

美華慈心關懷聯盟 (CACCC)

9440 Telstar Ave. #6

El Monte, CA 91731

或電郵至：admin@caccc-usa.org

\*需先完成必要的訓練

For Admin Purposes:

Roster

Admin

Scan