



SOLICITUD PARA VOLUNTARIO DE ESCUELAS

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
182 East Walnut Avenue
Rialto, CA 92376-3598
(909) 820-7700 ext. 2400

Año Escolar
NIVEL 1
NIVEL 2

Nombre del Voluntario: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Fecha de Nacimiento

Dirección: _____
(Número y Calle) (Ciudad) (Código postal) (Número de teléfono en casa)

Número de Seguro Social: _____
(Número de teléfono celular)

Es usted Empleado/a del Distrito Escolar Unificado de Rialto? _____ Si _____ No

Individuos que son recomendados y aprobados para proveer servicio voluntario en el Distrito Escolar Unificado de Rialto, están sujetos a cumplir las provisiones del Código de Educación 35021 y el Código de Salud y Seguridad 1596.871; los cuales impiden a los individuos condenados o declarados culpables de específicas ofensas sexuales, ofensas por sustancias controladas y crímenes serios/violentos de servir como voluntarios. Así pues, la Norma 1240 adoptada por la Directiva del Distrito Escolar Unificado de Rialto requiere que los individuos que solicitan ser voluntarios completen un comprobante de antecedentes penales con las agencias apropiadas.

Todo el trabajo de los voluntarios está sujeto y depende del comprobante de antecedentes penales por el Departamento de Justicia de California o el Departamento Federal de Investigaciones. Las convicciones de ciertos crímenes, incluyendo pero no limitado a: ofensas sexuales, narcóticos y delitos violentos serios como se especifican en el código de Educación de California, Penal, Salud y Seguridad prohibirán el trabajo de voluntarios con el Distrito.

Sometiendo huellas digitales al Departamento de Justicia requiere una identificación válida con foto para asegurar que la identidad del solicitante sea válida. Documentos de identificación aceptables:

Formas Principales de Identificación con Foto

- Licencia de conductor válida de California
- Licencia de conductor válida de otro estado en los Estados Unidos
- Identificación válida de California
- Identificación válida de otro estado en los Estados Unidos

*****Si usted no tiene ninguna de las identificaciones mencionadas arriba por favor refiérase a la parte de atrás de esta forma para ver otras formas de identificación secundarias que son aceptables.**

Mi firma abajo autoriza al distrito escolar de llevar a cabo una investigación de antecedentes penales y autoriza la publicación de información en conexión con mi solicitud como voluntario. Esta investigación puede incluir información criminal o convicciones civiles, antecedentes de tránsito, previos empleos, referencias personales, referencias profesionales y otras fuentes apropiadas. Renuncio a mi derecho de acceder a cualquier información y sin limitación libero al distrito escolar y la fuente de referencia de cualquier responsabilidad en conexión con su publicación o uso.

Adicionalmente, yo certifico que he dado la información correcta y completa a las preguntas en esta solicitud/aplicación con el conocimiento que pueden valerse de ellas para considerar mi aplicación.

Firma del Voluntario Fecha

Escuela(s) en las que desea ser voluntario:

<i>Nombre del estudiante o Tipo de Servicio</i>	<i>Nombre de la Escuela:</i>	<i>Aprobación del Director:</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

(AVISO: Todos los voluntarios deben RENOVAR SU SOLICITUD CADA AÑO ESCOLAR.)

OFFICE USE ONLY

TB Date: _____ TB Expires: _____ Fingerprints SID #: _____ Date Cleared: _____ Initials: _____

Si no tiene una “**Forma Principal**” de identificación con foto una “**Forma Secundaria**” de identificación se podría aceptar pero solamente **con dos documentos suplementarios** de la lista que sigue.

Formas de identificación secundaria

- Certificado de nacimiento emitido por el gobierno del estado
- Carnet de identificación de servicio militar activo de EE.UU./ Jubilado/Reservista (000 10-2)
- Pasaporte de EE.UU.
- Carnet de verificación de identidad del gobierno federal (PIV)
- Carnet de acceso común del departamento de Defensa
- Carnet de identificación de la Agencia de Asuntos Indígenas o Tribales de EE.UU.
- Tarjeta de seguro social
- Orden del tribunal de cambio de nombre/cambio de sexo/adopción/divorcio
- Certificado de matrimonio emitido por el gobierno
- Reporte consular de nacimiento en el extranjero emitido por el gobierno de EE.UU.
- Pasaporte extranjero con los documentos de inmigración apropiados
- Certificado de nacionalidad (formulario N560)
- Certificado de naturalización (formulario N550)
- INS I-551 Tarjeta de Residencia emitida desde 1997
- INS I-688 Tarjeta de Identificación de Residencia Provisional
- INS I-688B, I-765 Tarjeta de Autorización de Empleo

Documentos suplementarios

- Facturas de servicios públicos (con su dirección)
- Tarjeta de inscripción jurisdiccional de votante
- Tarjeta/Título/registro de compra de vehículo
- Talón de cheque con nombre/dirección
- Declaración jurada de esposo/padres
- Cheque cancelado o estado de cuenta bancaria
- Documentos de hipoteca de vivienda

En el caso que los documentos suplementarios no apoyen la validez de los documentos de identificación originales, la forma de identificación no se aceptará como válida y al solicitante no se le procesarán las huellas dactilares.

Voluntarios Nivel 2 solamente – Formas aceptables de identificación:

- **Licencia de conducir del estado válida**
- **Identificación del estado válida**
- **Tarjeta consular extranjera válida**
- **Pasaporte válido**



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
EXENCIÓN DE DAÑOS Y PREJUICIOS Y RESPONSABILIDAD
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA
POR ACTIVIDAD DE VOLUNTARIO ADULTO

El individuo firmante por este medio solicita participar como voluntario en la siguiente actividad:

Descripción de actividad: _____

Fecha(s) de la actividad: _____

Con mi firma solicito ser designado como voluntario oficial del Distrito Escolar Unificado de Rialto y reconozco las condiciones de mi participación en esta actividad descrita a continuación:

A condición de mi participación como voluntario del distrito en esta actividad, entiendo que tendré cobertura por el programa de compensación de trabajadores del distrito en caso de enfermedad o lesión y que recibiré tratamiento y tendré derecho a beneficios establecidos por la ley de acuerdo con los procedimientos del distrito y estatutos del estado en lo que respecta a dicha cobertura. Yo reconozco que el programa de compensación al trabajador será el único recurso por cualquier lesión sufrida en el curso y área de mi servicio con el distrito.

Aparte de la cobertura proveída por el programa de compensación al trabajador, estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo en contra del distrito e indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito, sus directivos, oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad o reclamos, demandas, pérdidas, causas de acción, proceso judicial o juicios de cualquier tipo en absoluto, que yo, mis herederos, testamentarios, administradores o asignados puedan tener en contra del distrito o cualquier otra persona o entidad pueda tener en contra del distrito a causa de muerte, lesión corporal, lesión personal o enfermedad o a causa de cualquier pérdida de propiedad que pueda surgir o de cualquier manera estar conectada con la actividad descrita anteriormente. Sin embargo, esta exención no deberá aplicarse a cualquier incidente que pueda surgir únicamente por negligencia del distrito, sus empleados o agentes.

Con mi firma yo certifico que no tengo ninguna necesidad de salud especial ni necesidad de medicamento del cual debe estar enterado el supervisor de la actividad y que he consultado con mi médico y verifico estar en buen estado médicamente para participar en esta actividad. En el evento de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que el distrito llame al transporte médico y consiento que cualquier diagnóstico o tratamiento de examen de rayos equis, anestesia, médico, quirúrgico o dental y cuidado de hospital considerado necesario según el mayor criterio del médico asistente, cirujano o dentista llevados a cabo bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o facilidad que suministre los servicios médicos o dentales.

Firma

Fecha

Nombre (por favor letra de molde/impresa)

Número de Teléfono

Proveedor de seguro médico (eje., Blue Shield)

Número de póliza

En el evento de emergencia médica, por favor contactar:

Nombre

Relación

Teléfono