

Los Voluntarios Inspiran a los Alumnos de Hoy
Programa V.I.S.I.T.S. – Distrito Escolar de Mount Vernon

Solicitud de Voluntario

****RENOVACIÓN****

PARA USO DE LA OFICINA

Date Rcvd _____ WSP Completed _____
Ref. 1 Rtn _____ Ref. 2 Rtn _____
Driver's License/ID Card Rcvd _____
Volunteer Guidelines Rcvd _____
Processed by _____
School _____
Notes _____
Date sent to DO: _____ Date Apprvd: _____

Escriba con tinta– complete ambos lados; adjunte una copia de licencia de conducir o tarjeta de identificación.

Nombre (Sr./Sra./Srta./Cargo) _____ M _____ F _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____ (e-mail) _____

Usted es: Padre _____ Familiar/Relación _____ Miembro de la Comunidad _____ Otro _____

Estudiantes universitarios indiquen universidad y especialidad _____

Indique la escuela que prefiere _____ Se enteró acerca de esta oportunidad mediante _____

Anote abajo los nombres de alumnos en el distrito con quienes tiene usted relación:

Nombre _____ Maestro/Escuela _____ Relación _____

Nombre _____ Maestro/Escuela _____ Relación _____

Nombre _____ Maestro/Escuela _____ Relación _____

Para fomentar la participación en las escuelas como voluntario, a veces publicamos los nombres y fotos de nuestros voluntarios. Marque en el lugar indicado si NO desea que se utilicen fotos u otra información como voluntario. _____ NO utilice mi información

DECLARACION Para trabajar como voluntario en el Distrito Escolar de Mount Vernon comprendo que debo entregar el paquete de solicitud de voluntario, completado, de acuerdo con las pólizas 5630 y 5630P de la Mesa Directiva del Distrito Escolar de Mount Vernon. Antes de aceptarme como voluntario, es posible que se haga una entrevista. Toda la información contenida en esta solicitud es correcta según mi entendimiento. He completado y/o firmado lo siguiente de acuerdo con las instrucciones: Solicitud de voluntario, copia de licencia de conducir o tarjeta de identificación, Solicitud de antecedentes penales de la Policía Estatal, (parte A solamente), Declaración del solicitante para divulgar información, el Formulario de referencias del Programa VISITS (Se requieren 2) y las Directrices para los voluntarios. Comprendo que serviré únicamente como voluntario y que queda a la discreción del Distrito Escolar determinar en qué escuela serviré. Como voluntario, comprendo que tengo la responsabilidad de obtener seguro médico por mi cuenta. Me comprometo a seguir las pólizas y los procedimientos descritos en el Folleto para Voluntarios de VISITS, el cual está disponible en cada escuela. Entiendo que el distrito no provee ninguna cobertura de seguro médico contra accidentes y que yo asumo todo riesgo de lesiones a mi persona o mi propiedad. Me comprometo a mantener indemne al Distrito Escolar de Mount Vernon, su Mesa Directiva Escolar y los empleados, y cesionarios de cualquier reclamo, juicio o daño, (incluyendo, pero no limitado a la defensa e indemnización) que pudiera derivarse de mi participación en las actividades del distrito. Me comprometo a comunicarme con regularidad con el personal del programa. Comprendo que el Distrito Escolar de Mount Vernon se reserva el derecho de repasar toda o parte de la solicitud de voluntario y de exigirme información actualizada. Esta solicitud debe renovarse una vez cada tres años para seguir cumpliendo con los requisitos y participar como voluntario en el Distrito Escolar de Mount Vernon.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Contacto de Emergencia y Teléfono _____ Relación _____

Ocupación Actual/Empresa _____

Educación/Capacitación _____

¿Pasatiempos/Intereses/Habilidades? _____

¿Habla otro idioma además del inglés? Sí _____ No _____ Por favor indique el idioma _____

Razón para ser voluntario (obtener crédito universitario, evento específico) _____

Para promover alianzas en educación, por favor indique si su empleador apoya esta iniciativa. Sí _____ No _____

Si sí, ¿De qué manera? Tiempo _____ Financiamiento _____ Donaciones en especie _____ Otro _____

Formulario de Divulgación del Solicitante

Conforme a la ley RCW 43.43.834

Responda sí o no a cada uno de los puntos enumerados. Si la respuesta es **SÍ** a cualquiera de los puntos, explique en la zona prevista, indicando el cargo o el resultado, la fecha de la condena o el resultado, el tribunal o tribunales envueltos, y la pena impuesta.

Entiendo que el Distrito Escolar de Mount Vernon podrá consultar con las agencias estatales y federales del orden público o de otro tipo y examinar los registros judiciales o de agencias acerca de los antecedentes penales y adjudicaciones civiles.

1. ¿Alguna vez ha sido **condenado** por algún delito?

El término "**condenado**" significa cualquier disposición adversa, incluyendo una declaración de culpabilidad, una declaración de culpable o sin disputa, un alegato Alford, estipulación de los hechos, una sentencia diferida o suspendida o un enjuiciamiento diferido.

Respuesta: _____ Si SI, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

2. ¿**Alguna vez** ha habido veredictos realizados en su contra por violencia doméstica, abuso, abuso sexual, abandono, explotación o explotación económica de un niño o un adulto vulnerable en algún procedimiento adjudicativo civil?

Un procedimiento adjudicativo civil, incluye un procedimiento judicial o administrativo, así como conclusiones del Departamento de Servicios Sociales y de Salud o el Departamento de Salud que usted no ha impugnado administrativamente o apelado.

Respuesta: _____ Si SI, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

3. ¿Está usted **actualmente** acusado de un delito, pero sin ser declarado culpable de este?

Respuesta: _____ Si SI, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

Cualquier falsedad u omisión de hechos será causa suficiente para la anulación de una oferta para ser voluntario. Conforme a la ley RCW 9A.72.085, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

El Distrito Escolar de Mount Vernon no discrimina en el empleo, los programas o actividades según la edad, raza, color, origen nacional, credo, religión, sexo, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, veterano con licenciamiento honroso o situación militar o la presencia de alguna discapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía capacitado o animal de servicio por una persona con una discapacidad y proporciona un acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos de jóvenes designados. Tomaremos medidas para asegurarnos de que las personas de origen nacional que carecen de conocimientos del idioma inglés puedan participar en todos los programas educativos, servicios y actividades, incluyendo aquellos específicos a carreras y programas de formación profesional. Las preguntas en cuanto al cumplimiento y/o los procedimientos de resolución de conflictos pueden dirigirse al Coordinador de quejas de los derechos civiles del Distrito o Título IX, William Nutting, bnutting@mvsd320.org o al Coordinador de la legislación para los Estadounidenses con discapacidades o la Sección 504, Clint Carlton, Director de servicios especiales y de apoyo, ccarlton@mvsd320.org, 124 E. Lawrence St., Mount Vernon, WA, (360) 428-6110.

POLICIA ESTATAL DE WASHINGTON

Sector de Identificación y Antecedentes Penales

PO Box 42633

Olympia, WA 98504-2633

(360) 534-2000

<http://watch.wsp.wa.gov>



SOLICITUD PARA EL REGISTRO DE ANTECEDENTES PENALES (RCW 10.97)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO CUANDO SOLICITE INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE ANTECEDENTES PENALES BASADO EN EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO. ENVIE LA SOLICITUD A LA DIRECCIÓN ARRIBA INDICADA CON UN CHEQUE O GIRO POSTAL DE \$16.00. TAMBIEN PUEDE VENIR A NUESTRA OFICINA UBICADA EN 3000 PACIFIC AVENUE, OLYMPIA, WA. **NOTA: AL ENVIAR POR CORREO PUEDE DEMORARSE ENTRE 7 A 14 DIAS HABILES PARA RECIBIR UNA RESPUESTA. PARA UNA RESPUESTA INMEDIATA, ACCESE NUESTRO SITIO WEB ARRIBA INDICADO PARA CONDUCIR SU SOLICITUD DE ANTECEDENTES PENALES POR NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO POR \$12.00 UTILIZANDO UNA TARJETA DE CRÉDITO.**

LAS CARTAS NOTARIADAS CUESTAN \$10.00 ADICIONALES POR CADA SELLO DE NOTARIO ____ Carta(s) notariada(s)

AVISO: El registro de información solicitado se suministra únicamente de acuerdo con el nombre y/o la similitud de la descripción con el sujeto de su investigación. Solamente se puede efectuar una identificación positiva o no positiva una vez recibidas las huellas digitales. Se le puede notificar al solicitante de la investigación.

VOLUNTARIO – Por favor llene solamente la SECCIÓN A

A INFORMACIÓN DEL SUJETO: (Favor de escribir a máquina o en letra de molde legible)

Nombre del solicitante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Alias/Apellido de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____
Mes/día/año

SECCIÓN B: PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

B INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO: (Favor de escribir a máquina o en letra de molde legible)

FECHA: ____ / ____ / ____ _____
Mes Día Año Nombre/Título del peticionario Firma del peticionario

Proporcione correo electrónico para recibir los resultados de antecedentes electrónicamente. No. de teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____ Contraseña (por lo menos 8 caracteres) _____

DIRECCIÓN DEL PETICIONARIO: (escriba a máquina o en letra de molde)

Huella del pulgar derecho del sujeto (opcional)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código postal