

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

# Solicitud de Voluntario

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

## 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: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS (QUE NO SEAN FAMILIARES)** No se procesarán las solicitudes cuyas referencias estén incompletas.

Nombre (Cargo) \_\_\_\_\_ Nombre (Cargo) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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 **SÍ**, 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 **SÍ**, POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

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

Respuesta: \_\_\_\_\_ Si **SÍ**, 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](mailto: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](mailto:ccarlton@mvsd320.org), 124 E. Lawrence St., Mount Vernon, WA, (360) 428-6110.

# Referencias del Voluntario

**PARA USO DE LA OFICINA**

Date Sent \_\_\_\_\_ Date Returned \_\_\_\_\_  
Processed by \_\_\_\_\_  
School \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

**Instrucciones al Solicitante**

Favor de firmar y escribir la fecha en esta sección. Devuelva este formulario (dos copias) con la solicitud de voluntario. El distrito enviará los formularios de referencia a las personas que usted haya especificado como referencias en la solicitud de voluntario.

**Divulgación del Solicitante:** Doy permiso para que el Distrito Escolar de Mount Vernon solicite la siguiente información.

Nombre del Solicitante en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Solamente el recomendante debe llenar la siguiente sección**

**Instrucciones al Recomendante**

La intención de este formulario es proporcionar una referencia confidencial para el solicitante voluntario nombrado arriba. La revisión de antecedentes de todos los voluntarios ayuda a proteger a los niños y fortalecer la confianza del público en la integridad de la educación pública. Usted debería recibir este formulario en un sobre cerrado y devolverlo de la misma manera. Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de referencia.

¿Por cuánto tiempo ha conocido al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien y en qué circunstancias ha conocido al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Cómo ve usted este solicitante al trabajar con estudiantes de kínder hasta el doceavo año? \_\_\_\_\_

Esta posición puede exigir que el solicitante trabaje en un salón de clases. ¿Cómo percibe que el solicitante trabaja bajo la dirección de un maestro? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación acerca de la capacidad de esta persona para trabajar con niños? \_\_\_\_\_

¿Comentarios que nos ayudarán a determinar si el solicitante es idóneo? \_\_\_\_\_

Nombre del Recomendante en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma del Recomendante \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

# Referencias del Voluntario

## PARA USO DE LA OFICINA

Date Sent \_\_\_\_\_ Date Returned \_\_\_\_\_  
Processed by \_\_\_\_\_  
School \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

### Instrucciones al Solicitante

Favor de firmar y escribir la fecha en esta sección. Devuelva este formulario (dos copias) con el paquete de solicitud. El distrito enviará los formularios de referencia a las personas que usted haya especificado como referencias en la solicitud de voluntario

**Divulgación del Solicitante:** Doy permiso para que el Distrito Escolar de Mount Vernon solicite la siguiente información.

Nombre del Solicitante en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Solamente el recomendante debe llenar la siguiente sección

### Instrucciones al Recomendante

La intención de este formulario es proporcionar una referencia confidencial para el solicitante voluntario nombrado arriba. La verificación de antecedentes de todos los voluntarios ayuda a proteger a los niños y fortalecer la confianza del público en la integridad de la educación pública. Usted debería recibir este formulario en un sobre cerrado y devolverlo de la misma manera. Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de referencia.

¿Por cuánto tiempo ha conocido al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien y en qué circunstancias ha conocido al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Cómo ve usted este solicitante al trabajar con estudiantes de kínder hasta el doceavo año? \_\_\_\_\_

Esta posición puede exigir que el solicitante trabaje en un salón de clases. ¿Cómo percibe que el solicitante trabaja bajo la dirección de un maestro? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación acerca de la capacidad de esta persona para trabajar con niños? \_\_\_\_\_

¿Comentarios que nos ayudarán a determinar si el solicitante es idóneo? \_\_\_\_\_

Nombre del Recomendante en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma del Recomendante \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

# 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)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Huella del pulgar derecho del sujeto (opcional)