Galt Joint Union Elementary School District

SOLICITUD DE VOLUNTARIO TK-8)

El solicitante debe adjuntar una copia actual de su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal válida con una fotografía clara y resultados de TB. (prueba de la tuberculosis)

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Fecha de Nacimiento:	# de Licencia de conducer	
Dirección:	Número de teléfono:	
Sitio(s) escolar(es) de voluntario:	Por favor, marque los días programados en el sitio escolar: ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mie ☐ Jue ☐ Vie	
Nombre de Estudiante(s):	Relación con el/los estudiante(s):	
Sitio(s) escolares:	Nombre(s) de maestro(a):	

Planeo ser volutario para **(por favor marque):**	Solo excursiones ☐	Menos de diez dias en el año escolar ☐	Más de diez dias en el año escolar ☐

ANTECEDENTES CRIMINALES:
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave o delito menor, o actualmente tiene un cargo de delito grave o delito menor pendiente? En caso afirmativo, por favor explique. Puede omitir infracciones de tráfico menores. Conducir ebrio o imprudente no es una ofensa menor. (La existencia de antecedentes penales no te impide automáticamente ser voluntario. Sin embargo, no informar es causa de descalificación o despido.) Para los adultos que acompañen un viaje de estudiante durante la noche se requiere la autorización de huellas dactilares del Departamento de Justicia a través de la oficina del Distrito.

_____
_____

AUTORIZACIÓN DE LA LEY MEGAN:
Cada adulto que desee participar en una actividad escolar o de salón de clase o ser acompáñate de una excursión debe ser aprobado a través de la base de datos de leyes de Megan. El sitio escolar llevará a cabo una verificación de datos de la Ley de Megan. El sitio llevará a cabo una verificación de antecedentes de la Ley de Megan. (Penal code 290).

LIBERACIÓN DE TB (aplicable si se trabaja con estudiantes de forma regular):
El Distrito Escolar de las Escuelas Primaria de Galt requiere que todos los empleados y voluntarios que están trabajando directamente con los estudiantes deben presentar un resultado de Verificación de Tuberculosis Cálida que se ha tomado dentro de los últimos cuatro (4) años. Las verificaciones de tuberculosis son válidas por cuatro (4) años. Por favor envíe una copia de su reciente resultado de la prueba de TB a su escuela cuando devuelva su Formulario de Registro de Voluntarios completado. (Para que su solicitud esté completa, debe presentar comprobante de un resultado negativo de la prueba de TB.)

ESCANEO DE HUELLAS DACTILARES EN VIVO:
El Distrito Escolar Primario Conjunto de Galt requiere que todos los voluntarios que trabajen directamente con los estudiantes sin supervisión inmediata del personal completen un Escaneo en Vivo. Los formularios están disponibles en el departamento de Recursos Humanos o llame al 209-744-4545 ext. 305.

CONFIDENCIALIDAD:
Entiendo que en el curso de mi asociación con el Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt, comparto la responsabilidad de mantener la confidencialidad información de cualquier empleado o estudiante que pueda tener disponible para mí. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar los derechos y la confidencialidad de la información tanto escrita como verbal.
Además, entiendo que, en el desempeño de mis funciones, no debo discutir información académica u otra información confidencial con respecto a estudiantes o empleados con nadie. Cualquier incumplimiento de la confidencialidad será cuidadosamente revisado y si es justificada puede resultar en la terminación de la participación de voluntario en el Distrito Escolar.

COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:
Esto es para aconsejarle que el Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt ha adoptado una resolución de la Mesa Directiva para cubrir a los voluntarios autorizados con el propósito de los beneficios de Compensación de Trabajadores. Los beneficios de Compensación de Trabajadores se proporcionarán de acuerdo con el Código Laboral de California por cualquier lesión o enfermedad sufrida mientras se involucra en los servicios del Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt.

Si se lesiona mientras presta servicios en esta capacidad, y por lo tanto está cubierto por nuestro Programa de Compensación para Trabajadores, debemos informarle que no sería elegible para presentar ninguna demanda civil, acción o procedimiento.
Al firmar este documento, usted reconoce que los beneficios de Compensación para Trabajadores serán el único recurso y acepta renunciar a cualquier responsabilidad civil.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ ***DATE*** _____

To be completed by site personnel:

Megan's Law Cleared: Yes ☐ **No** ☐ **Cleared by:** _____ **Date of Negative TB Test:** _____
(Please Check)

Principal Signature: _____ Date: _____

District Office Signature: _____ Date: _____

Send completed form, copy of Driver's license and TB test results to Alicia Valdovinos at the District Office.
Due to TB requirements, application is valid for 4 years.