



Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632

209-744 4545 / 209-744-4553 fax / www.galt.k12.ca.us

SOLICITUD DE VOLUNTARIO (TK-8)

Por Favor complete el formulario de voluntario, adjunte una copia de su licencia de conducir actual o tarjeta de identificación estatal válida con una fotografía clara y favor de entregar a la oficina de la escuela con los resultados de la prueba de TB (tuberculosis)

NOMBRE _____ LICENCIA DE CONDUCIR # _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo Nombre)

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE(S) DE ESTUDIANTE(S) _____

SITO(S) ESCOLAR(ES) _____ NOMBRE(S) DE MAESTRO(S) _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE(S) _____

Yo planeo ser voluntario (marque uno): Solamente paseos/viajes escolares Menos de 10 días en un año escolar 10 días o mas en un 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 infracción 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 acompañante de una excursión debe ser aprobado a través de la base de datos de leyes de Megan. El sitio escolar llevara 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).

CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que en el curso de mi asociación con el Distrito Escolar le 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 de 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.

AUTORIZACIÓN DE TB (aplicable si se trabaja con estudiantes de forma regular 10 días o mas en un año escolar):

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.

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 _____ **FECHA** _____

.....
To be completed by Site personnel.

Megan's Law Cleared: Yes No Cleared by: _____ Date: _____

Date of Negative TB Test: _____

Principal Signature _____ Date _____

District Office Signature _____ Date _____

Send all completed form, copy of Driver's license and TB test results to AliciaValdovinos at the District Office

Due to TB requirements, application is valid 4 years.