



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 (PREESCOLAR)

Complete el formulario de voluntario, adjunte una copia de su licencia de conducir actual/ tarjeta de identificación estatal válida (con una imagen clara) y regrese a la oficina de la escuela con los resultados de TB y el registro de vacunación.

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 PENALES:

¿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 tránsito menores. Conducir bajo la influencia de alcohol o imprudentemente no es una ofensa menor. (La existencia de antecedentes penales no le impide automáticamente ser voluntario. Sin embargo, no informar es causa de descalificación o despido.)

CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que en el curso de mi asociación con el Distrito Escolar Primario de la Unión Conjunta de Galt, comparto la responsabilidad de mantener la confidencialidad de cualquier información de 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 ninguna persona. Cualquier violación de la confidencialidad será cuidadosamente revisada y si se comprueba o es justificada puede resultar en la terminación de la participación de voluntarios con el Distrito Escolar.

Evaluación de TB (Tuberculosis) (aplicable si se trabaja con estudiantes 10 días o mas en un año escolar):

La Licencia del Estado de California requiere que todos los voluntarios que trabajan directamente con los estudiantes presenten un resultado de Verificación del Resultado de Tuberculosis que se ha tomado en el último año. Por favor, envíe una copia de su reciente resultado de la prueba de TB a su escuela cuando entregue su Formulario de Registro de Voluntario completado.

AUTORIZACIÓN DE INMUNIZACIÓN (aplicable si se trabaja con estudiantes):

- ✓ Tos Ferina (Whooping cough)
- ✓ Sarampión
- ✓ Influenza

AFIRMACIÓN DE BUENA SALUD

Confirmo que tengo Buena salud. _____ (iniciales)

COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:

Esto es para aconsejarle que el Distrito Escolar ha adoptado una resolución de la Mesa Directiva para cubrir a los voluntarios autorizados con el propósito de los beneficios de Compensación para 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 Primario de la Unión Conjunta de Galt.

Si se lesiona durante el servicio 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: _____ **Required Immunization Completed:** _____

Principal Signature _____ Date _____

District Office Signature _____ Date _____

For 10+ days in school year – Send completed form, copy of Driver's license and TB test results to Alicia Valdovinos at the District Office.