



El Distrito Escolar del Área de Little Chute
Formulario de Solicitud de Voluntario
1402 Freedom Rd, Little Chute, WI 54140 920-788-7605

La responsabilidad que El Distrito Escolar del Área de Little Chute tiene para con los alumnos, los participantes del programa y la comunidad conlleva la necesidad de obtener la siguiente información de todos los aspirantes con respecto a expedientes de arresto y condena. Un registro de arresto o condena no prohíbe automáticamente el servicio voluntario. La información de este formulario se mantendrá confidencial. Es la política del Distrito Escolar del Área de Little Chute el requerir a todos los voluntarios y a los posibles voluntarios del Distrito Escolar del Área de Little Chute que completen esta declaración de divulgación. Posteriormente, el Distrito Escolar puede completar una verificación de antecedentes a través del Departamento de Justicia de Wisconsin.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

NOMBRE: _____

Apellido

Primero

Segundo

*Escriba todos los nombres que haya tenido o haya utilizado

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

GÉNERO: _____

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

NUMERO DE AÑOS EN ESTA DIRECCIÓN: _____

Si No ¿Ha tenido usted una licencia de conducir en Wisconsin?

Si No He completado la solicitud de voluntariado del Distrito Escolar de Little Chute en el último año

Si No Alguna vez ¿ha sido condenado, o tiene algún cargo pendiente o bajo investigación por delitos grave o delitos menores? Si es así, por favor complete la información a continuación e incluya la fecha, ubicación, naturaleza y circunstancias de la ofensa.

¿TIENE USTED ACTUALMENTE ESTUDIANTES EN EL DISTRITO DE LITTLE CHUTE? SI ES ASÍ, POR FAVOR ESCRIBA SUS NOMBRES Y GRADO QUE CURSAN:

POR FAVOR ESCRIBA LA RAZÓN POR LA CUAL ESTÁ USTED COMPLETANDO LA APLICACIÓN DE VOLUNTARIADO:

SI TIENE CONOCIMIENTO, ESCRIBA LA FECHA / HORARIO Y DURACIÓN DURANTE LA CUAL VA A AYUDAR COMO VOLUNTARIO(A):

SI HA ESTADO USTED EN CONTACTO CON ALGÚN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL DISTRITO, POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA:

Autorizo al Distrito Escolar de Little Chute y al Departamento de Policía a revisar mis antecedentes personales. Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Área de Little Chute realice un chequeo completo de mis antecedentes penales. Entiendo que la misrepresentation de esta información puede resultar en mi inmediata descalificación para participar como voluntario(a) en el Distrito de Little Chute. Entiendo que el Distrito Escolar de Little Chute verificará la información que he previsto en esta forma. Entiendo que el Distrito reserva el derecho de negar mi aplicación para servir como voluntario(a). Por medio de la presente, quito de toda responsabilidad al Distrito, su consejo y agentes, así también cómo a todos los proveedores de información, de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro ya la recepción de información relacionada con arrestos y condenas.

FIRMA

FECHA



El Distrito Escolar del Área de Little Chute

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD VOLUNTARIA

La confidencialidad es una consideración de gran importancia en el voluntariado con el Distrito Escolar del Área de Little Chute especialmente cuando los edificios individuales y las aulas están en necesidad de voluntarios.

La comunicación de información personal y educativa sobre estudiantes, padres, personal o asociados debe ser considerada como confidencial. Los registros académicos y médicos del estudiante, los contactos telefónicos e información sobre estudiantes, familias y empleados del distrito adquiridos a través del voluntariado nunca deben ser comunicados más allá del alcance del personal profesional y paraprofesional que requieren dicha información para trabajar con el estudiante. Las preguntas relacionadas con la práctica, las políticas, los tipos de casos y/o los problemas internos deben dirigirse al administrador.

Esta política con respecto a la confidencialidad hace énfasis en el hecho de que cualquier infracción será considerada una violación grave de las reglas y puede conducir a la interrupción inmediata de la relación de voluntariado con el Distrito Escolar del Área de Little Chute.

He leído y entiendo lo anterior:

FIRMA

FECHA

NOMBRE (IMPRIMA)

CORREO ELECTRONICO

NUMERO DE TELEFONO

FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA A LA ESCUELA

USO OFICIAL ÚNICAMENTE:

Verificación de Antecedentes: _____ Recibido en: _____

Aprobado: _____ No Aprobado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Referido Por: _____ Fecha: _____

Se notificó al aplicante a través de: _____ Fecha: _____