



Departamento de Integración Familiar y Comunitaria
815-966-3271

FORMULARIO INFORMATIVO PARA EL VOLUNTARIO

Apreciamos su interés en ser voluntario del Distrito Escolar Público de Rockford #205. Por favor llene la información en la parte inferior y devuelva este formulario a la escuela o instituto donde usted será voluntario.

Fecha de hoy: _____

El nombre del voluntario debe ser igual al de su licencia de conducir o identificación del estado.

Nombre del voluntario: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido del voluntario: _____ Fecha de nacimiento del voluntario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico preferido: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Escriba el nombre de la escuela(s) de RPS donde trabajará como voluntario (si sabe):

Función del voluntario: Por favor seleccione todos los que apliquen

Chaperón de excursión ___ Padre o madre voluntario(a) ___ Mentor ___ Tutor ___ Otro _____

Organización de voluntarios: _____

Afiliación: Por favor seleccione uno

Miembro de la comunidad ___ Abuelo(a) ___ Padre o madre ___ Otro _____

Si usted tiene un estudiante inscrito en las Escuelas Públicas de Rockford, por favor llene la parte inferior:

Nombre del estudiante: _____ Nombre del maestro: _____

Información de Condena Criminal (Los solicitantes no están obligados a revelar registros de condena sellados, revocados o borrados)

<p>¿Es usted un “agresor sexual” como lo define la Ley de Registro de Agresores Sexuales? o ¿es usted un “agresor violento contra la juventud” como lo define la Ley de Registro de Agresores Violentos Contra la Juventud y Asesinato de Niños?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>De acuerdo con la Ley de Cortes Juveniles ¿ha sido alguna vez considerado un perpetrador de abuso sexual o físico de algún joven menor de 18 años de edad?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido alguna vez convicto de cometer asesinato en primer grado, conspirar para cometer asesinato de primer grado o de un delito grave de Clase X?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido alguna vez convicto de cualquier delito definido en la Ley de Control de Cannabis, excepto delitos de posesión que involucran menos de 10 gramos y/o delitos por manufacturación, entrega o posesión con intento de entrega que involucran menos de 2.5 gramos? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena por un delito definido en la Ley de Control de Cannabis?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cualquier delito definido en la Ley de Substancias Controladas de Illinois, excepto cualquier delito por el cual usted fue colocado en libertad condicional bajo las disposiciones de la Sección 410 de esa Ley? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena de cualquier delito definido en la Ley de Substancias Controladas de Illinois?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto por algún delito definido en la Ley de Protección a la Comunidad y Control de Metanfetamina, excepto cualquier delito por el cual usted fue colocado en libertad condicional bajo las disposiciones de la Sección 70 de esa Ley? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena por cualquier delito definido en la Ley de Protección a la Comunidad y Control de Metanfetamina?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cualquier intento de cometer cualquiera de los delitos anteriores?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cometer o intentar cometer cualquier delito en cualquier otro estado o en contra de las leyes de los Estados Unidos que, si se comete o intenta cometer en ese estado, pudiera haber sido castigado como uno o más de los delitos anteriores?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Dentro de los últimos siete años, ¿ha sido usted convicto de cualquier otro delito grave bajo las leyes de este estado o de cualquier delito cometido o que intentó cometer en cualquier otro estado o en contra de las leyes de los Estados Unidos, que si se comete o intenta cometer en este estado, pudiera haber sido castigado como un delito grave bajo las leyes de este estado?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha tenido usted alguna vez cualquier investigación presentada en su contra que indica abuso de menores?</p> <p>Si es así, explique:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Exención de Responsabilidad

El Distrito Escolar no proporciona cobertura de seguro al personal que no es del Distrito sirviendo como voluntario para el Distrito Escolar. El propósito de esta exención es informar a los posibles voluntarios que ellos no tienen cobertura de seguro por el Distrito Escolar y para documentar el conocimiento del voluntario de que está proporcionando un servicio como voluntario bajo su propio riesgo.

Con su firma de abajo:

Usted reconoce que el Distrito Escolar no proporciona cobertura de seguro para el voluntario por ninguna pérdida, lesión, enfermedad o muerte que resulte por el servicio voluntario sin pago para el Distrito Escolar.

Usted está de acuerdo en asumir todos los riesgos por muerte o cualquier pérdida, lesión, enfermedad o daño de cualquier naturaleza o tipo que resulte por el servicio voluntario supervisado o no supervisado para el Distrito Escolar. Usted también está de acuerdo en renunciar a cualquier y toda reclamación en contra del Distrito Escolar o sus oficiales, Miembros de la Junta Escolar, empleados, agentes o personas designadas debido a la muerte, lesión, enfermedad o daño de cualquier tipo que resulte por el servicio voluntario supervisado o no supervisado para el Distrito Escolar.

Usted entiende que su condición como voluntario estará sujeta a la aprobación exitosa de la verificación en el Registro de Agresores Sexuales de Illinois y/o el Registro Nacional de Agresores Sexuales y la base de datos de Agresores Violentos en Contra de la Juventud de Illinois que mantiene la Policía del Estado de Illinois.

Usted está de acuerdo en que la información anotada en esta solicitud es verdadera en todos los aspectos y está de acuerdo en que si se descubre que la información anotada es falsa de alguna manera, el Distrito debe excluirle de ser considerado para los servicios como voluntario o causará la terminación de dichos servicios.

Nombre del voluntario (por favor que sea legible)

Firma del voluntario

Fecha

Por favor envíe los formularios a:

Email: facedepartment@rps205.com

Correo: Rockford Public Schools District 205
Family and Community Engagement Department
501 7th Street 4th floor
Rockford, IL. 61104

(Los formularios también pueden entregarse en persona en la dirección de arriba o en la escuela donde desea ser voluntario).

OFFICE USE ONLY:	<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
State/Nat'l Sex Offender Registry: _____	CMVO Registry: _____	
Administrator Signature: _____	Date: _____	
Date Cleared FP Background Check: _____	Date Entered into Raptor: _____	
Notes: _____	Date Entered into Google: _____	

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES
Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS)

Para programas NO licenciados por DCFS

NOTA: No utilice este formulario si usted está solicitando una licencia o si es un empleado/voluntario de una instalación de atención a menores. Sírvase ponerse en contacto con su representante de licenciamiento.

Nombre:
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nac.: -- -- Sexo: Masc. Fem. Raza:

Dirección actual:

Calle/Nº de Apto.

Ciudad Estado Código postal

Si actualmente usted es residente de Illinois, por favor, liste todas las direcciones anteriores por los últimos cinco años

Si usted actualmente reside en otro estado, por favor liste todas las direcciones de Illinois que haya vivido anteriormente en Illinois.

Calle/Nº de Apto./Ciudad/Condado/Estado/Código postal	Fecha de/a
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detalle el nombre de soltera/o y todos otros nombres por los cuales ha sido conocido/a: (apellido, 1º nombre, 2º nombre)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por este medio yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a realizar una búsqueda en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para determinar si he sido hallado culpable de algun/os incidente/s de abuso y/o negligencia infantil o si he sido involucrado en alguna investigación pendiente. Además doy mi consentimiento para revelar esta información a la agencia que se detalla a continuación.

Envíelo por correo por fax electrónicamente
Envíelo: Department of Children and Family Services
406 E. Monroe – Station # 30
Springfield, IL 62701
Por fax a: 217-782-3991
Por scan o correo electrónico a:
CFS689Background@illinois.gov

Firmado Fecha

Por favor escriba en letra de imprenta, o utilice letras negrillas o una etiqueta:

Rockford Public School District 205 (Número de fax de la agencia presentando)

Attn: Family and Community Engagement Department (Presentando dirección electrónica)

501 Seventh Street, 4th floor (Nombre de la agencia)

Rockford, IL. 61104 (Persona de contacto)

(Dirección)

(Ciudad/Estado/C.P.)

Imprimir