



KINGSBURG

ELEMENTARY CHARTER SCHOOL DISTRICT

WESLEY SEVER, ED. D.
Superintendent
MATT STOVALL
Assistant Superintendent
BOBBY RODRIGUEZ
Chief Business Official
CAROL BRAY
Director, Human Resources
ERIN PASILLAS
Director, Special Education,
Student Services

Agosto 1, 2022

Para: Padres de Familia que sirven como voluntarios

De: Maria Gutierrez, Secretaria de la Oficina del Distrito

Asunto: Solicitud para servir como voluntarios

Gracias por dedicar tiempo en el aula de su hijo o hija y por participar en otras actividades del Distrito Escolar de Escuelas Primarias de Kingsburg. Esto es importante no solamente para sus hijos, sino también para el Distrito Escolar.

Por favor verifique que la forma para ser voluntario se haya llenado completamente y asegure de entregar la prueba de la tuberculosis o el cuestionario de riesgo que comprueba que usted no tiene tuberculosis. Esto nos ayudará a acelerar los trámites.

Ahora aceptamos el Cuestionario de Evaluación de Riesgos de Tuberculosis (TB) firmado por su proveedor de atención médica por si desea enviar el cuestionario y el certificado en lugar de un exámen de TB.

Puede enviar la forma de Voluntario y el Cuestionario de Evaluación de TB o prueba de la Tuberculosis a la oficina de la escuela de su hijo o a la Oficina del Distrito, ubicada en 1310 Stroud Ave.

Gracias por su ayuda en este asunto. Esperamos que ustedes y sus hijos tengan un magnífico año escolar.

DISTRITO DE LA COMUNIDAD DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE KINGSBURG
SOLICITUD PARA SERVIR COMO VOLUNTARIO EN LA ESCUELA
EXPECTATIVAS Y REQUISITOS

1. Yo/nosotros, reconozco/reconocemos que, yo/nosotros, estoy/estamos de acuerdo en que serviré/serviremos como voluntario/s para KECSO ("El Distrito).
2. Yo/nosotros, reconozco/reconocemos que como voluntario/s, el Distrito no tiene ninguna obligación de proveerme/nos seguridad en caso de que yo/nosotros, lastime/mos a otra persona o cause/mos cualquier clase de daños y perjuicios.
3. Yo/nosotros, estoy/estamos de acuerdo en renunciar a cualquier responsabilidad que el Distrito o sus empleados, oficiales, miembros de su Mesa Directiva, agentes o representantes puedan tener en caso de daños u perjuicios personales o de propiedad que yo/nosotros podamos sufrir al estar desempeñando servicio voluntario a favor del Distrito.
4. Yo/nosotros, estoy/estamos de acuerdo en renunciar a cualquier responsabilidad que el Distrito o sus empleados, oficiales, miembros de su Mesa Directiva, agentes o representantes puedan tener en caso de daños u perjuicios personales o de propiedad causados por mi/nosotros al estar desempeñando servicio voluntario a favor del Distrito.
5. Yo/nosotros estamos de acuerdo en que, si el transporte forma parte del servicio voluntario, yo/nosotros completaré/remos y firmaré/remos el acuerdo sobre el transporte.
6. Los que sirven como voluntarios actuarán de acuerdo con las políticas y los reglamentos del distrito, así como también los requisitos de la escuela particular.
7. Si los que sirven como voluntarios se dan cuenta o si observan evidencias del abuso de niños, darán parte al director de la escuela o a su representante de inmediato.
8. Los voluntarios deben tener una actitud positiva, ser puntuales y confiables.
9. Los voluntarios deben ayudar al maestro y no dirigirlo, u ofrecer consejo referente a la enseñanza a los estudiantes.
10. Los voluntarios trabajan con todos los estudiantes y no solo con sus propios hijos.
11. Los teléfonos celulares deberán apagarse para no interrumpir la clase.
12. Al llegar a la escuela, los voluntarios deben:
 - a. Registrarse y usar su tarjeta de identificación o sticker en todo momento cuando esté en la propiedad de la escuela.
 - b. Firmar al salir de la escuela.
 - c. Mostrar respeto a todo el personal y los estudiantes.
 - d. Compartir las preocupaciones con respecto a los estudiantes con el maestro del alumno o el director de la escuela, y no otros padres.
13. Reglas básicas para las instalaciones de KECSO y todas las actividades patrocinadas por la escuela:
 - a. Los voluntarios no pueden fumar, usar drogas o alcohol mientras estén en la escuela.
 - b. No se permiten armas.
 - c. No usar lenguaje profano.
 - d. Usar vestimenta apropiada para la escuela.

Se espera y se requiere que los voluntarios mantengan confidencial toda la información de los estudiantes que obtienen mientras trabajan con los estudiantes de KECSO. La ley federal prohíbe estrictamente la divulgación de cualquier información del estudiante sin el consentimiento del padre / custodio. Para proteger la privacidad y la seguridad de nuestros estudiantes, los voluntarios no pueden tomar fotos de los estudiantes por ningún motivo.

Pautas importantes: todas las interacciones con los estudiantes deben ser profesionales y centradas en la enseñanza y el aprendizaje. Estas pautas protegen al estudiante y al voluntario. **No:**

1. Tomar fotos o publicar fotos de los estudiantes.
2. Participar en redes sociales con los estudiantes a través de Facebook, Instagram, Twitter o cualquier otra red social.
3. Hacer cualquier solicitud personal de los estudiantes.
4. Ofrecer obsequios a los alumnos a menos que se haya otorgado la aprobación de la administración escolar.
5. Hacer comentarios y/o insinuaciones que sean de naturaleza sexual o puedan interpretarse como sexuales.
6. Hacer cumplidos que se centren en los atributos físicos.
7. Saquear a un alumno del campus.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que he llenado la información de arriba, con veracidad, y que he leído, comprendo y acataré los requisitos y expectativas del distrito en cuanto a todos los que sirven como voluntarios. Comprendo que, si los datos que he provisto no son verídicos, se dará fin a mi servicio voluntario. Comprendo que según el Reglamento Administrativo 1240, se me puede exigir pruebas de que no tengo tuberculosis, huellas digitales que comprueben que no tengo cargos criminales y verificación por medio de una búsqueda automática de que no estoy en la lista de ofensores sexuales. El costo de las huellas y los análisis será pagado por la persona que solicita trabajar como voluntario. KECSO tiene el derecho de hacer una revisión de antecedentes criminales de los que sirven como voluntarios según lo que permite la ley. Esta autorización se mantendrá en efecto mientras yo este involucrado en el servicio voluntario descrito arriba para el Distrito.

Por favor tome en cuenta: A fin de ser un voluntario en cualquier actividad de la escuela, la seguridad requiere que ningún hermano acompañe al voluntario adulto en el paseo o en el aula. Esto incluye cualquier hermano no registrado en la clase que está participando en el paseo. Para obtener más información, consulte la sección de voluntarios del Manual para padres y estudiantes.

Firma de la persona voluntaria o representante de la organización
Rev. 11/02/2018

Fecha



California School Employee Tuberculosis (TB) Risk Assessment Questionnaire



(for pre-K, K-12 schools and community college employees, volunteers and contractors)

- Use of this questionnaire is required by California Education Code sections 49406 and 87408.6, and Health and Safety Code sections 1597.055 and 121525-121555.^
- The purpose of this tool is to identify **adults** with infectious tuberculosis (TB) to prevent them from spreading disease.
- **Do not repeat testing** unless there are **new risk factors since the last negative test**.
- **Do not treat for latent TB infection (LTBI) until active TB disease has been excluded:**
For individuals with signs or symptoms of TB disease or abnormal chest x-ray consistent with TB disease, evaluate for active TB disease with a chest x-ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing. A negative tuberculin skin test (TST) or interferon gamma release assay (IGRA) does not rule out active TB disease.

Name of Person Assessed for TB Risk Factors: _____

Assessment Date: _____

Date of Birth: _____

History of Tuberculosis Disease or Infection (Check appropriate box below)	
<input type="checkbox"/>	Yes <ul style="list-style-type: none"> • If there is a <u>documented</u> history of positive TB test or TB disease, then a symptom review and chest x-ray (if none performed in the previous 6 months) should be performed at initial hire by a physician, physician assistant, or nurse practitioner. If the x-ray does not have evidence of TB, the person is no longer required to submit to a TB risk assessment or repeat chest x-rays.
<input type="checkbox"/>	No (Assess for Risk Factors for Tuberculosis using box below)

TB testing is recommended if <u>any</u> of the 3 boxes below are checked	
<input type="checkbox"/>	One or more sign(s) or symptom(s) of TB disease <ul style="list-style-type: none"> • TB symptoms include prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss, or excessive fatigue.
<input type="checkbox"/>	Birth, travel, or residence in a country with an elevated TB rate for at least 1 month <ul style="list-style-type: none"> • Includes countries <u>other than</u> the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western and North European countries. • Interferon gamma release assay (IGRA) is preferred over tuberculin skin test (TST) for non-US-born persons.
<input type="checkbox"/>	Close contact to someone with infectious TB disease during lifetime

Treat for LTBI if TB test result is positive and active TB disease is ruled out

^The law requires that a health care provider administer this questionnaire. A health care provider, as defined for this purpose, is any organization, facility, institution or person licensed, certified or otherwise authorized or permitted by state law to deliver or furnish health services. A Certificate of Completion should be completed after screening is completed (page 3).



Certificate of Completion Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

*To satisfy **job-related requirements** in the California Education Code, Sections 49406 and 87408.6 and the California Health and Safety Code, Sections 1597.055, 121525, 121545 and 121555.*

First and Last Name of the person assessed and/or examined:

Date of assessment and/or examination: _____ mo./_____ day/_____ yr.

Date of Birth: _____ mo./_____ day/_____ yr.

The above named patient has submitted to a tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has been examined and determined to be free of infectious tuberculosis.

X _____

Signature of Health Care Provider completing the risk assessment and/or examination

Please print, place label or stamp with Health Care Provider Name and Address (include Number, Street, City, State, and Zip Code):