

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАБОТУ ВОЛОНТЕРОМ В ШКОЛЬНОМ ОКРУГЕ NORTH CLACKAMAS

CRIS OK  
 OTHER

Имя \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Родитель  Не родитель  Есть ли у Вас дети? Да \_\_ Нет \_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Если "Да", то сколько? \_\_\_\_\_ Возраст детей? \_\_\_\_\_

Эл/почта \_\_\_\_\_

Имя учащегося(щихя) \_\_\_\_\_

Дом.телефон \_\_\_\_\_

Кем приходится уч-ся \_\_\_\_\_

Мобил.телефон \_\_\_\_\_

Другие имена/Девичья фамилия \_\_\_\_\_

Рабочий тел \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Предпочитаемые для работы классы К-6  7-8  9-12

Профессия \_\_\_\_\_

Информация о Вашем здоровье в случае, если будет нужна мед.помощь \_\_\_\_\_

Я снимаю ответственность и не буду иметь каких-либо претензий к NCSД, включая неумышленные действия сотрудников округа, повреждение моего личного имущества или причинения травмы самому (ой) себе вследствие моей волонтерской деятельности. Я согласен(на) с этим в полной мере, разрешенной законом. Заявителям, предоставившим не полную информацию, искаженные или не действительные факты будет отказано в возможности добровольной помощи. По правилам и установленному порядку NCSД для поддержания безопасной обстановки для некоторых волонтерских должностей будет необходима проверка криминальной истории.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Отметьте все сферы предпочитаемой работы:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Классная комната                      | <input type="checkbox"/> Наблюдение во время обеда               | <input type="checkbox"/> Примин. сторона "Jobshadow"   |
| <input type="checkbox"/> Чтение                                | <input type="checkbox"/> "Lunch Buddy"                           | <input type="checkbox"/> Приглашенный лектор           |
| <input type="checkbox"/> Дополнит. программа по чтению (SMART) | <input type="checkbox"/> ASPIRE наставник в старшей школе        | <input type="checkbox"/> Информационное собесед.       |
| <input type="checkbox"/> Математика                            | <input type="checkbox"/> Библиотека                              | <input type="checkbox"/> Имитационное интервью         |
| <input type="checkbox"/> Наука                                 | <input type="checkbox"/> Присмотр за дет. во время родит.классов | <input type="checkbox"/> Экскурсия на раб.место        |
| <input type="checkbox"/> Театр                                 | <input type="checkbox"/> Родительский Институт                   | <input type="checkbox"/> Советчик по классным проектам |
| <input type="checkbox"/> Искусство                             | <input type="checkbox"/> "Backpack Buddies"                      | <input type="checkbox"/> Школьная ярмарка вакансий     |
| <input type="checkbox"/> Тренер                                | <input type="checkbox"/> Помощь в офисе                          | <input type="checkbox"/> Выступающ. Junior Achievement |
| <input type="checkbox"/> Ин.язык: _____                        | <input type="checkbox"/> Летняя программа питания                | <input type="checkbox"/> Менторство                    |
| <input type="checkbox"/> Инструментальная музыка               | <input type="checkbox"/> Водитель во время экскурсий/Вожатый     | <input type="checkbox"/> Студент-практикант            |
| <input type="checkbox"/> Вокал                                 | <input type="checkbox"/> Общественный центр Wichita              | <input type="checkbox"/> Шк.консул.по предприн.деят.   |
| <input type="checkbox"/> Посещаемость уч-ся                    | <input type="checkbox"/> Центр поддержки семьи Wichita           | <input type="checkbox"/> Общественно-полезный труд     |
| <input type="checkbox"/> Инфор.центр Коледж/профессия          | <input type="checkbox"/> Другое _____                            |  |

Опишите свой опыт работы/волонтерства, который относится к выбранной Вами сфере интереса \_\_\_\_\_

В какие дни и время Вы можете помогать? \_\_\_\_\_

Можете ли Вы помогать:      Еженедельно \_\_\_\_\_      Ежемесячно \_\_\_\_\_      Иногда \_\_\_\_\_

**Как Вы узнали о волонтерской программе?**

- |   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Местная школа                | <input type="checkbox"/> Вебсайт                                 | <input type="checkbox"/> Брошюра               | <input type="checkbox"/> Почта    |
| <input type="checkbox"/> Выступление                  | <input type="checkbox"/> Вывеска                                 | <input type="checkbox"/> От друг.родителя      | <input type="checkbox"/> Учащиеся |
| <input type="checkbox"/> Газета                       | <input type="checkbox"/> Кабельное телевид. 28 (27 Happy Valley) | <input type="checkbox"/> От учителя            | <input type="checkbox"/> Бизнес   |
| <input type="checkbox"/> Радио/TV                     | <input type="checkbox"/> Клуб по интересам                       | <input type="checkbox"/> Бюллетень с новостями |                                   |
| <input type="checkbox"/> Церковь/Место религ.собраний | <input type="checkbox"/> От друга                                | <input type="checkbox"/> Другое _____          |                                   |

**Если Вы знаете, где Вы хотели бы волонтерить, отнесите заявление туда.  
Если нет, то отправьте по почте на адрес: Volunteer Coordinator, 4444 SE Lake Road Milwaukie, OR 97222**

## ЛИЧНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Укажите 3 рекомендации от людей, не являющимися Вашими родственниками (1 от каждого: места работы, общественной деятельности и персональная рекомендация) :

Имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Эл.почта \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город/Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Эл.почта \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город/Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Эл.почта \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город/Штат/Индекс \_\_\_\_\_

## ИНФОРМАЦИЯ НА СЛУЧАЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, ПОЖАЛУЙСТА, СООБЩИТЕ:

Имя: \_\_\_\_\_ Тел: (Д) \_\_\_\_\_ Тел: (Р) \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Доктор: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Предпочитаемая больница \_\_\_\_\_

Название мед.страховки/Компания: \_\_\_\_\_

Номер полиса мед.страховки ID/Номер группы \_\_\_\_\_

Пожалуйста, перечислите любую медицинскую информацию, которая могла бы нам помочь в случае чрезвычайной ситуации (Например: аллергия на укусы пчел, эпилепсия, аллергия на медикаменты, браслет с медицинской информацией) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## НАЗНАЧЕНИЕ МЕСТА РАБОТЫ ВОЛОНТЕРУ

Одобрено \_\_\_\_\_ Школа/Программа \_\_\_\_\_

Непосредственный руководитель \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Волонтер размещен как \_\_\_\_\_

Подпись координатора \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Школьный округ North Clackamas

Форма на разрешение проверки криминальной истории/Основных данных

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КАНДИДАТОМ  
ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО ВСЮ ТРЕБУЕМУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Полное официальное имя: \_\_\_\_\_  
*Фамилия* *Имя* *Отчество*

Другие носимые Вами фамилии \_\_\_\_\_

Адрес места проживания на текущий момент: \_\_\_\_\_

Город/Штат/Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Водительские права # / штат: \_\_\_\_\_ # карточки соц.страхования: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Перечислите все адреса, по которым Вы проживали **за последние 10 лет**, включая все учебные заведения и места военной службы. Прикрепите отдельный лист бумаги, если необходимо.

Дата начала проживания	Дата конца проживания	Номер дома, квартиры и название улицы	Город/Штат	Почтовый индекс
	по настоящее время			

## Школьный округ North Clackamas

### Форма на разрешение проверки криминальной истории/Основных данных

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:** Ложная или неполная информация, предоставленная Вами ниже, может стать причиной отказа в принятии Вас на работу или назначения Вас на позицию волонтера. Если у Вас есть вопросы, обязательно задайте их перед тем, как подать эту форму. **НЕ ПРЕДПОЛАГАЙТЕ**, что сведения о судимости были **АВТОМАТИЧЕСКИ** опечатаны, удалены или уничтожены.

1. Были ли Вы **КОГДА-ЛИБО** осуждены за преступление сексуального характера? О да    О нет  
Если да, произошло осуждение в Орегоне или другом штате? Пожалуйста, укажите какой штат, если не Орегон.  
\_\_\_\_\_
2. Были ли Вы **КОГДА-ЛИБО** осуждены за преступление с применением силы или угрозой насилия? О да    О нет  
Если да, произошло осуждение в Орегоне или другом штате? Пожалуйста, укажите какой штат, если не Орегон.  
\_\_\_\_\_
3. Были ли Вы **КОГДА-ЛИБО** осуждены за преступление, имеющее отношение к наркотикам или спиртным напиткам? О да    О нет  
Если да, произошло осуждение в Орегоне или другом штате? Пожалуйста, укажите какой штат, если не Орегон.  
\_\_\_\_\_
4. Были ли Вы **КОГДА-ЛИБО** осуждены за любые другие преступления, исключая небольшие нарушения правил вождения ? Включая дорожные преступления. О да    О нет
5. За последние три года были ли вы арестованы за преступление, по которому еще не вынесено оправдание, либо дело было прекращено? О да    О нет

**Если Вы ответили «да» на любой из вышеуказанных вопросов, пожалуйста, детально объясните на отдельном листе бумаги и прикрепите к этой форме.**

Заметьте: Проверку криминальной истории и основных сведений производит школьный округ North Clackamas (NCSO). Указание номера социального страхования в этом документе необходимо для того, чтобы округ смог произвести процесс проверки криминальной истории и основных сведений.

Закон о неприкосновенности частной жизни 1974 (PL.93-579) гласит, что федеральные, государственные или местные агентства должны сообщать лицам, у которых они требуют предоставления номера их социального страхования/social security #, является ли предоставление этой информации обязательным или добровольным, на каком основании они ее требуют и как она будет использована.

Моя подпись означает, что представленные мной сведения верны и точны насколько я ими владею. Я также понимаю, что любая ложная информация может послужить основанием для отказа от принятия на работу, заключения контракта или разрешения на работу волонтера в округе NCSO. Я подтверждаю, что мною прочитано предупреждение о даче ложных сведений и я согласен/а с условиями округа North Clackamas, по которым производится процесс проверки криминальной истории и основных сведений.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Школьный округ North Clackamas

Форма на разрешение проверки криминальной истории/Основных данных

*This section to be completed by NCSD.*

New Hire Certified

Rehire Certified

Substitute Certified

New Hire Classified

Rehire Classified

Substitute Classified

New Hire Administrator

SSA/Casual Temporary Worker

Volunteer

NCSD review: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Revised Jan 2011

Pg 2

## Кодекс конфиденциальности волонтеров

Школьный округ North Clackamas School District is считает своим долгом обеспечение недоступности и конфиденциальности всей информации и документации учащегося. Специально отобранные волонтеры, имеющие доступ к информации или документации учащихся должны неукоснительно соблюдать Кодекс конфиденциальности волонтеров, как разъяснено в руководстве ниже.

1. Вся документация учащегося должна расцениваться как конфиденциальная.
2. Информация из адресной книги, такая как имя учащегося, адрес, телефонный номер, дата и место рождения, фотография, основное направление изучения, участие в официально признаваемых занятиях и спортивных секциях, вес и рост членов спортивных команд, даты посещений, звания и награды, полученные после посещения предыдущих образовательных организаций или учреждений, могут быть переданы огласке только с разрешения администрации.
3. Документы не должны быть оставлены в тех местах, где посторонние могут иметь к ним доступ.
4. Копии документов могут быть доступны для использования только с разрешения администрации.
5. Волонтеры не должны обсуждать или повторять информацию, услышанную ими в комнате отдыха учителей, в классных комнатах, офисах, школьной территории, коридорах школ, или на школьных и внеклассных занятиях.
6. Волонтеры не должны обсуждать такую полученную в классной комнате информацию, как успеваемость или поведение учащегося, ни с кем, кроме учителя этого учащегося.
7. Обеспокоенность или вопросы по поводу конфиденциальности документации учащегося должны быть доведены до сведения того сотрудника школы, под руководством которого работает данный волонтер, и/или до сведения школьного администратора.
8. Любые сведения о нарушениях данного Кодекса конфиденциальности должны быть немедленно сообщены тому сотруднику школы, под руководством которого работает данный волонтер, и/или школьному администратору.

Моя подпись на этом документе удостоверяет, что я прочитал/а, понял/а и буду соблюдать все пункты Кодекса конфиденциальности волонтеров.

---

Подпись волонтера

Дата

---

Подпись администратора

Дата