

ESCUELA: _____ MAESTRO: _____

POSICIÓN ASIGNADA: _____

DÍAS Y HORAS: _____

Everman ISD Compañeros en Educación Aplicación de voluntarios, padres, comunidad y negocios

Es un honor tenerlo a usted trabajando con nuestros estudiantes de nuestra escuela. Ellos son lo más importante y valioso en nuestro distrito.

Trabajando juntos nosotros podríamos ofrecerles lo mejor educación posible.

Nosotros le damos gracias por su interés en nuestros estudiantes y el tiempo que usted les ofrece. También muchas gracias por su tiempo y por proveer la siguiente información. Sabemos que usted entiende la importancia, y la seguridad y el bienestar de nuestros estudiantes.

Las aplicaciones de voluntarios deben ser enviadas con un mínimo de siete (7) días de antelación a una excursión o evento.

Las aprobaciones se proporcionan al campus en la aplicación dentro de siete (7) días.

Debe de tener 21 años para ser voluntario.

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Nombre de soltera o otros nombres usados: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Código postal

Teléfono(s) Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

La siguiente información sobre sexo, raza, y fecha de nacimiento es requerida por el Departamento de Seguridad Publica de Texas. Esta información es estrictamente confidencial y es necesaria solamente para procesar la historia delictiva de cada voluntario.

Sexo: masculino femenino Fecha de Nacimiento: _____ Número de Licencia o ID: _____ Estado _____

Número de Seguro Social: _____ (solo es necesario si la Licencia es de otro Estado)

Etnicidad: Americano Africano Anglo Hispano Asiático Otro _____
Favor de explicar

Tipo de voluntario(a):Padres _____ Abuelo(a) _____ Comunidad _____ Negocios _____ Empleado de la escuela _____

¿Usted ha servido como voluntario(a) antes en la escuela? _____ sí _____ no

¿Si usted contesto que sí, cómo ha servido?: _____

Si Usted es padre o abuelo(a), por favor liste los nombres de sus niños(as), y la escuela en la que ellos atienden:

Si usted es miembro de la comunidad o voluntario de un negocio, por favor liste el nombre de la organización o negocio la cual usted representa. _____

(A Continuación)

¿Usted se ha declarado culpable, o se declaró culpable o “nolo contendere” a alguna ofensa de categoría felonía mayor o menor de otro modo que violación de tráfico? Si su respuesta es “sí”, favor de explicar. (Para propósito de ser voluntario con el EISD, convicciones incluyen encarcelamiento, multas pagadas, tiempo servido, encarcelamiento, o haber recibido tiempo en probación (incluyendo casos deferidos) y casos restituidos por orden de la corte.) _____ Sí _____ no

Explicación: _____

Proveer falsa información, es razón para el rechazo de su aplicación.

Yo le doy permiso al Distrito Independiente Escolar de Everman para que obtenga mi historia personal, civil o criminal, de la agencia federal o estatal, del departamento de corrección, de la agencia de protección de menores o de cualquier persona o empleado.

Yo entiendo que esta información podrá ser usada solamente para evaluar mi aplicación para trabajar con los estudiantes del Distrito de Everman. Como solicitante doy libertad al Distrito de Everman, a sus agentes, oficiales, empleados y otras agencias, para cualquier daño o cualquier clase de información que yo doy es segura y verdadera. Yo renuncio cualquier derecho que yo puedo tener a la información afianzada del distrito escolar de Everman.

La original de esta forma estará en los archivos del Distrito y las copias de la original serán enviadas apropiadamente y individualmente a las agencias necesarias.

Valores y Reglas para Voluntarios

- Yo entiendo que ser voluntario(a) del Distrito Escolar de Everman puedo ayudar al estudiante retener su máxima educación y como también ayudarles y motivarles en todos los aspectos para que el estudiante crezca.
- Yo seré responsable para llegar a tiempo y estar regularmente y ser constante en asistencia.
- Yo motivaré con actitudes positivas al estudiante.
- Yo seré flexible trabajando con nuevas ideas y materiales.
- Yo estoy de acuerdo en mantener cada información del estudiante confidencial. Yo respetaré cualquier información confidencial de la escuela, o cualquier relación entre la facultad y los estudiantes.

Firma del solicitante

Fecha

*****Por favor entregue la aplicación en la oficina de la escuela.**

*****Favor de incluir una copia de su identificación con esta forma.**

***** La aplicación deberá entregarse dos semanas antes del evento en el que**

HR Office Use Only	Meets district guidelines to volunteer:
	Yes _____ No _____
	If "No" _____

DPS Computerized Criminal History (CCH) Verification

(AGENCY COPY)

I, _____, have been notified that a Computerized Criminal History (CCH)
APPLICANT or EMPLOYEE NAME (Please print)

verification check will be performed by accessing the Texas Department of Public Safety Secure Website and will be based on name and DOB identifiers I supply.

Because the name-based information is not an exact search and only fingerprint record searches represent true identification to criminal history, the organization conducting the criminal history check for background screening is not allowed to discuss any criminal history record information obtained using the name and DOB method. Therefore, the agency may request that I have a fingerprint search performed to clear any misidentification based on the result of the name and DOB search.

For the fingerprinting process I will be required to submit a full and complete set of my fingerprints for analysis through the Texas Department of Public Safety AFIS (Automated Fingerprint Identification System). I have been made aware that in order to complete this process I must make an appointment with L1 Enrollment Services, submit a full and complete set of my fingerprints, request a copy be sent to the agency listed below, and pay a fee of \$24.95 to the fingerprinting services company, L1 Enrollment Services.

Once this process is completed and the agency receives the data from DPS, the information on my fingerprint criminal history record may be discussed with me.

(The copy must remain on file by your agency. Required for future DPS Audits)

Signature of Applicant or Employee

Date

EVERMAN ISD

Agency Name (Please print)

Andrea Benitez

Agency Representative Name (Please print)

Signature of Agency Representative

Date

Please		
Check and initial each Applicable Space		
CCH Report Printed		
YES ____	NO ____	____ initial
Purpose of CCH: _____		
Hire ____	Not Hired ____	____ initial
Date Printed _____		____ initial
Destroyed Date _____		____ initial
Retain in your files		