

# 2024-2025 DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO HACIENDA LA PUENTE

## Solicitud de Voluntario

Nuevo     Renovación

¿Ha sido voluntario/a <b>aprobado/a</b> en el distrito en los últimos cuatro años? (No es una solicitud de voluntariado única)	<input type="checkbox"/> Sí - En caso afirmativo, marque la “renovación” cuadro de arriba. <input type="checkbox"/> No - En caso negativo, marque la “nueva” cuadro de arriba.
¿Es usted actualmente empleado/a del distrito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Título: _____ Sitio de Trabajo: _____

### Información del Solicitante

Nombre Completo:	Fec. Nac. del Solicitante:
Otros Nombres Legales:	Correo Electrónico:
Dirección Actual:	Nombre de Estudiante:
Ciudad:	Estado:
Código Postal:	Nombre de Escuela:
Teléfono de Hogar: (    )	Teléfono Celular: (    )
Actividad Voluntaria: <input type="checkbox"/> Acompañante en la escuela <input type="checkbox"/> Salón de Clase <input type="checkbox"/> Recaudación de fondos (Seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Acompañante en paseos <input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de Sumisión al Sitio:

### ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? Sí No Si selecciona no, se le tratará como no vacunado/a y NO se le aprobará para ser voluntario/a.

**¿Ha tenido alguna vez resultado positivo de tuberculosis?**  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niños en edad de desarrollo infantil (Tienen 4 años o menos)?:  Sí  No  
**En caso afirmativo, envíe: vacunas contra la gripe (influenza), tos ferina y MMR (sarampión, paperas, rubéola) y ponga sus iniciales en la sección SB 792 en la segunda página.**

El **Código de Educación 35021** prohíbe a los ofensores sexuales registrados de servir en calidad de voluntarios como auxiliares de maestros. Además, conforme al Código de Educación 45349 cualquier voluntario de instrucción auxiliar también está sujeto a las provisiones del Código de Educación 35021. Antes de autorizar a cualquier persona para que sirva como un auxiliar voluntario/a o como voluntario/a de instrucción auxiliar, el Código de Educación 35021.1 autoriza al Superintendente o su designada/o pedirle a la agencia local de enforcements de ley a conducir una revisión automática de archivos o llamar al Departamento de Justicia para determinar si el individuo no es un ofensor sexual registrado/a. Se les informará a los voluntarios que el Distrito estará conduciendo esta búsqueda de archivos. (inicial) \_\_\_\_\_

**¡DEBE LEER!** ¿Ha sido alguna vez condenado/a, multado/a, encarcelado/a, colocado/a en libertad condicional o sentenciado/a ya sea como juvenil o un adulto en algún juzgado o corte civil, penal, o militar, o ha perdido libertad bajo fianza?  Sí  No  
 Si respondió **SÍ**, enumere CUALQUIER delito menor y / o delito grave, incluida la conducción bajo la influencia (DUI), las reservas y las eliminaciones por las cuales ha sido condenado o recibió un juicio retenido durante su vida. Debe incluir infracciones de tráfico menores si resultaron en la emisión de una orden judicial, condenas por conducir ebrio y condenas desestimadas después de la libertad condicional. Algunas ofensas juveniles por las cuales un individuo es acusado como adulto (cargos de tabaco, alcohol y drogas) y citaciones de tráfico o infracciones de tránsito, como conducir desatento, pueden caer en esta categoría.

Ofensa y Fecha	Ciudad, Estado	Sentencia o Multa

Declaro bajo pena de perjurio que esta información es verdadera y correcta a mi saber y entender. Autorizo que el Distrito Escolar Unificado Hacienda La Puente reciba toda la información relacionada con mis antecedentes penales..

**Entiendo que cualquier declaración falsa u omisión en este documento puede ser motivo para el rechazo de mi solicitud o el despido como empleado del distrito escolar sobre la base de la falsificación de la solicitud.**

\_\_\_\_\_  

Firma
Fecha

**Contactos de Emergencia**

Nombre de persona de contacto en caso de emergencia:

Relación:

Numero de Teléfono:

**AVISO CON RESPECTO A LA COMPENSACION A LOS TRABAJADORES**

Por favor tenga en cuenta que la participación en actividades patrocinadas por el Distrito que, por su misma naturaleza, plantean el riesgo potencial de daño/enfermedad seria a los participantes autorizados. El Distrito Escolar Unificado Hacienda La Puente no provee beneficios de Compensación al Trabajador a los voluntarios que tengan una lesión/enfermedad mientras que se comprometan en actividades patrocinadas por el Distrito. Además, usted entiende, se da cuenta, y acuerda que el Distrito, sus empleados, oficiales, agentes o voluntarios no deberán de ser responsables por cualquier perjuicio/enfermedad asociada con la preparación o la participación en actividades patrocinadas por el Distrito. (inicial) \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE DIRECCIONES PARA LOS VOLUNTARIOS**

Como una persona voluntaria en el Distrito Escolar Unificado Hacienda La Puente, yo acuerdo a lo siguiente:

1. Yo firmaré en la oficina cuando llegue a la escuela.
2. Yo obedeceré las reglas del salón de clases y de la escuela.
3. Yo apoyaré los programas instructivos del maestro/a y el plan de disciplina del salón de clases.
4. Yo reconozco que todos los niños aprenden a diferentes pasos. Cuando trabaje con un estudiante, yo animaré y apoyaré su proceso de aprendizaje de una manera positiva
5. Yo mantendré la confidencialidad del comportamiento y desempeño académico del estudiante que yo observe mientras que me ofrezca de voluntario/a.
6. Yo entiendo que mi asignatura de voluntario es a discreción del maestro/a de clases y/o administrador del lugar. Mis servicios serán usados donde crean que sean más apropiadamente igualados con las necesidades del salón de clases/escuela.
7. Yo entiendo que mis actividades de voluntario/s siempre deben de estar bajo la supervisión de miembros del personal.
8. Yo he leído y acuerdo obedecer las reglas y reglamentos de seguridad anotadas en el Programa de Prevención de Daños y Enfermedades del Distrito.
9. Yo reportaré inmediatamente cualquier condición(es) inseguras y dañinas del estudiante/personal al Departamento de Gestión de Riesgos al (626) 933-3860. (inicial) \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR DE APROBACION DE ACTIVIDADES**

Conforme a AB 1025 (Capítulo. 379, Stats. 2009), se requiere que todos los empleados que no sean certificados y los voluntarios que yo supervise, dirija, o entrene un programa de actividad del estudiante obtengan un Certificado de Aprobación de Actividades del Supervisor (ASCC) por parte de la Comisión de Certificación de los maestros. Es la responsabilidad del Voluntario/a de obtener y mantener el ASCC con la Comisión de Certificación de Maestros, omisión de esto resultará en el despido inmediato. Se requiere que los voluntarios paguen por todos los costos necesarios al obtener el ASCC. (inicial) \_\_\_\_\_

**SOLO VOLUNTARIO DE DESARROLLO INFANTIL**

**SB 792:** Estoy al tanto del requisito SB792 de vacunación contra la influenza, la tos ferina y el sarampión. Cada empleado/a y voluntario/a debe recibir una vacuna contra la influenza entre el 1º de Agosto y el 1º de Diciembre de cada año. Confirmando que he recibido las siguientes inmunizaciones:

1. Inmunización anual contra la influenza (influenza)
2. Inmunización contra la tos ferina (tos ferina)
3. Inmunización MMR (sarampión, paperas, rubéola). (inicial) \_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante Voluntario**

**Al firmar a continuación, reconozco que es mi responsabilidad proporcionar una solicitud completa junto con todos los documentos requeridos. Si no tengo la solicitud completa o si me faltan documentos, reconozco que habrá un retraso en el proceso de mi solicitud y/o mi solicitud será cancelada.**

Firma del Solicitante Voluntario/a:

Fecha:

**Únicamente Para Uso Escolar**

Entrevistado/a Por:

Fecha:

Firma del Administrador:

**Únicamente Para Uso de los Recursos Humanos**

Hora/Fecha de Recepción: