



Distrito Escolar Unificado de Sur San Francisco

Aplicación para ser Voluntario de Escuela

Gracias por su interés en ser un voluntario para el Distrito Escolar Unificado de Sur San Francisco. Los voluntarios son miembros valiosos de nuestra comunidad de aprendizaje. Como parte del proceso para ser voluntario, usted tiene que completar esta solicitud.

Fecha _____ Sitio de Escuela _____

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Domicilio: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: Número de teléfono: Correo Electrónico:
Casa Celular

Notificar a en caso de Emergencia: Relación:

Domicilio: Número de teléfono:

Padre? (circule uno) Si No si respuesta es Si Nombre de estudiante(s)

Nombre de maestro(s)

Alguna vez se declaró culpable o "no concurso", o ha sido declarado culpable de un delito? Si No
Ha sido condenado/a por una ofensa de sexo, droga, o relacionada a violencia? Si No
Le requieren registrarse como delincuente del sexo bajo código penal 290.95? Si No
Usted tiene cargas criminales pendientes contra usted? Si No

Dependiendo del tipo de voluntariado que vas a estar haciendo, el Distrito Escolar Unificado de Sur San Francisco puede requerir que se someta a una revisión de antecedentes penales que requiere tomar sus huellas dactilares. Si se requiere las huellas dactilares, usted no puede ser voluntario hasta que se completen los resultados de la verificación de antecedentes.

Certifico por este medio que la información contenida en esta aplicación es verdad y correcta. Además, lanzo todos los partidos y personas de cualesquiera de toda la responsabilidad y los daños que puedan resultar de equipar tal información a SSFUSD, así como del uso del acceso de tal información por SSFUSD, o de cualquiera de sus agentes, empleados, o representantes. Entiendo que cualquier mala representación, falsificación, u omisión material de la información sobre este uso pueden dar lugar a falta de ser aprobado como voluntario.

Firma de voluntario: Fecha:

Voluntarios de Nivel III y IV- Notificación del solicitante e impugnación del expediente: Se utilizaran sus huellas dactilares para verificar los expedientes de antecedentes penales del FBI. Usted tiene la oportunidad de completar o cuestionar la exactitud de la información contenida en el expediente de identificación del FBI. Los procedimientos para obtener un cambio, corrección, o actualización de un expediente de identificación del FBI se establecen en el título 28, CFR, 16.34

Esta forma debe ser completada y regresada al coordinador/director del sitio antes que empiece su asignación de voluntario. To be completed by school site personnel and a copy forwarded to the SSFUSD District Office.

Level of volunteer: Level I Level II* Level III* Level IV*
Circle one: One-Time *Requires Sex Offender Check *Requires Fingerprinting *Requires Fingerprinting

Site Authorization Name

Site Authorization Signature



Distrito Escolar Unificado de Sur San Francisco

Código de Conducta de Voluntario

(Este documento define las expectativas de SSFUSD para todos los voluntarios)

Como voluntario, estoy de acuerdo en aceptar el siguiente código de conducta voluntario:

1. Inmediatamente a mi llegada, firmare como voluntario en la oficina principal o estación de registro de la escuela.
2. Usare o mostrare identificación de voluntario siempre que sea requerida por la escuela.
3. Voy a utilizar las estaciones de baño para adultos únicamente.
4. Estoy de acuerdo en no estar solo/a con estudiantes individualmente que no estén bajo la supervisión de los maestros o las autoridades escolares.
5. No me pondré en contacto con los estudiantes fuera de las horas de escuela sin consentimiento de los padres de los alumnos.
6. Estoy de acuerdo en no intercambiar números de teléfono, direcciones o cualquier otra información de directorio con los estudiantes para ningún propósito a menos que se requiera como parte de mi rol como voluntario. Intercambiare información de directorio solo con aprobación de padre y administración de la escuela.
7. Mantendré confidencialidad fuera de la escuela compartiré con maestros y administradores escolares cualquier inquietud que pueda tener relacionada a la seguridad y el bienestar de algún estudiante.
8. Me comprometo a no transportar estudiantes a menos que se me autorice para hacerlo de parte de SSFUSD.
9. No divulgare, utilizare o difundiré fotografías de estudiantes o información personal acerca de los estudiantes, uno mismo, u otros.
10. Me comprometo a seguir el procedimiento del distrito para la detección de los voluntarios.
11. Estoy de acuerdo en notificar al Director/a de la escuela si estoy o fui detenido/a por un delito menor al igual que delito sexual, drogas, violencia, o delito relacionado con armas.
12. Me comprometo y estoy de acuerdo en solo actuar con propósito al mejor interés personal y educacional de cada niño/a con quien tenga contacto.

Firma de Voluntario: _____ Fecha: _____

DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL SOLICITANTE SOBRE JUSTICIA NO CRIMINAL

Como solicitante sujeto a una verificación de antecedentes penales basado en huellas dactilares por motivos de justicia no criminal (como por ejemplo, una solicitud de empleo o licencia, un asunto de inmigración o naturalización, autorización de seguridad o adopción), usted tiene ciertos derechos que, se indican a continuación.

- Se le debe proporcionar una notificación por escrito ¹ de que sus huellas dactilares se utilizarán para verificar los expedientes de antecedentes penales del FBI.
- Si usted tiene antecedentes penales, los funcionarios que determinan su idoneidad para el trabajo, licencia u otro beneficio deben brindarle la oportunidad de completar o disputar la exactitud de la información del expediente.
- Los funcionarios deben informarle que los procedimientos para obtener un cambio, corrección o actualización de sus antecedentes penales se establecen en el Título 28 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Sección 16.34.
- Si tiene antecedentes penales, se le debe dar un tiempo razonable para corregir o completar el expediente (o negarse a hacerlo) antes de que los funcionarios le denieguen el trabajo, la licencia u otro beneficio en función de la información que aparece en su expediente de antecedentes penales.²

Usted tiene derecho a esperar que los funcionarios que reciban los resultados de la verificación de los antecedentes penales solo la utilizarán para fines autorizados y no lo retendrán ni divulgarán, infringiendo el estatuto, reglamento u orden ejecutiva federal, o regla, procedimiento o estándar establecido por el Consejo Nacional para la Prevención del Delito y Convenio de Privacidad.³

Si la política de la agencia lo permite, los funcionarios pueden proporcionarle una copia de su expediente de antecedentes penales del FBI para su revisión y posible impugnación. Si la política de la agencia no permite que se le proporcione una copia del expediente, puede obtener una copia del mismo, enviando las huellas dactilares y un pago al FBI. La información sobre este proceso se puede obtener en <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/background-checks>.

Si decide disputar la exactitud o integridad de su historial de antecedentes penales del FBI, debe enviar su impugnación a la agencia que aportó la información cuestionada al FBI. De forma alternativa, puede enviar su impugnación directamente al FBI. El FBI enviará su impugnación a la agencia que aportó al FBI la información cuestionada y solicitará a dicha agencia que verifique o corrija los datos impugnados. Al recibir una comunicación oficial de esa agencia, el FBI hará los cambios/correcciones necesarias en su expediente de acuerdo con la información suministrada por esa agencia. (Consulte 28 CFR 16.30 a 16.34.)

¹ La notificación por escrito incluye una notificación electrónica, pero no incluye una notificación oral.

² Consulte 28 CFR 50.12 (b).

³ Consulte 5 Código de Estados Unidos [U.S.C.] 552a(b); 28 U.S.C. 534(b); 42 U.S.C. 14616, Artículo IV(e); 28 CFR 20.21(c), 20.33(d) y 906.2(d).

Notificación del solicitante e impugnación del expediente: Se utilizarán sus huellas dactilares para verificar los expedientes de antecedentes penales del FBI. Usted tiene la oportunidad de completar o cuestionar la exactitud de la información contenida en el expediente de identificación del FBI. Los procedimientos para obtener un cambio, corrección o actualización de un expediente de identificación del FBI se establecen en el Título 28, CFR, 16.34.

Nombre en letra imprenta

Fecha

Firma



Adult Tuberculosis (TB) Risk Assessment Questionnaire¹

(To satisfy California Education Code Section 49406 and Health and Safety Code Sections 121525-121555)

To be administered by a licensed health care provider (physician, physician assistant, nurse practitioner, registered nurse)

Name: _____

Date of Risk Assessment: _____

Date of Birth: _____

History of positive TB test or TB disease Yes No

If yes, a symptom review and chest x-ray (if none performed in previous 6 months) should be performed at initial hire.*
If no, continue with questions below.

If there is a "Yes" response to any of the questions 1-5 below, then a tuberculin skin test (TST) or Interferon Gamma Release Assay (IGRA) should be performed. A positive test should be followed by a chest x-ray, and if normal, treatment for TB infection considered.

Risk Factors	
1. One or more signs and symptoms of TB (prolonged cough, coughing up blood, fever, night sweats, weight loss, excessive fatigue) Note: A chest x-ray and/or sputum examination may be necessary to rule out infectious TB. ²	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Close contact with someone with infectious TB disease	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Birth in high TB-prevalence country** (**Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe.)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Travel to high TB-prevalence country** for more than 1 month (**Any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in Western or Northern Europe.)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Current or former residence or work in a correctional facility, long-term care facility, hospital, or homeless shelter	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

*Once a person has a documented positive test for TB infection that has been followed by an x-ray that was deemed free of infectious TB, the TB risk assessment is no longer required.

¹ Adapted from a form developed by Minnesota Department of Health TB Prevention and Control Program and Centers for Disease Control and Prevention.

² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers*. 2013.

(<http://www.cdc.gov/tb/publications/LTBI/default.htm>)



ADULT TUBERCULOSIS (TB) RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

(To satisfy California Education Code Section 49406 and Health and Safety Code Sections 121525-121555)

CERTIFICATE OF COMPLETION

To be signed by the licensed health care provider completing the risk assessment and/or examination

Name: _____

Date: _____

Date of Birth: _____

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.

Health Care Provider Signature

Please Print Health Care Provider Name

Title

Office Address: Street

City

State

Zip Code

Telephone

Fax