RED CLAY
CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

Pautas para voluntarios

TODOS LOS VOLUNTARIOS Y ACOMPAÑANTES DEBEN CONTAR CON LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES:

Voluntario comunitario o para un programa	**Padre, madre o familiar voluntario bajo supervisión de un empleado**	**Entrenador voluntario**	**Padre, madre o familiar voluntario para viajes nocturnos**
1. Registro de protección infantil 2. Verificación de antecedentes penales 3. Formulario de evaluación de tuberculosis (TB) 4. Autorización de idoneidad por RR. HH.	1. Registro de protección infantil 2. Autorización de idoneidad por RR. HH. 3. Formulario de evaluación de TB	1. Registro de protección infantil 2. Verificación de antecedentes penales 3. Prueba de TB 4. Autorización de idoneidad por RR. HH.	1. Registro de protección infantil 2. Verificación de antecedentes penales 3. Evaluación de TB 4. Autorización de idoneidad por RR. HH.

Cada edificio escolar debe seleccionar un ***coordinador de voluntarios*** y proporcionar su nombre de contacto al departamento de Recursos Humanos. El *coordinador de voluntarios* es responsable de garantizar que los voluntarios y acompañantes completen el paquete y cuenten con todas las autorizaciones requeridas. El *coordinador de voluntarios* debe enviar el paquete y todos los recibos y formularios recolectados al departamento de RR. HH. para la conservación de registros. El coordinador de voluntarios también debe llevar una lista de voluntarios y la documentación recibida. No se aceptarán paquetes incompletos, y estos se devolverán al *coordinador de voluntarios* para que los complete.

El paquete de voluntariado debe incluir lo siguiente:

- Acuerdo de confidencialidad
- Recibo de pago de la verificación de antecedentes penales (CBC)
- Verificación del recibo del registro de protección infantil (CPR) y formulario de consentimiento completo
- Prueba cutánea de (PPD) o de TB (para entrenadores voluntarios) o formulario de evaluación de TB (para todos los demás voluntarios)

RED CLAY
CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

Solicitud de registro de protección infantil de Delaware

Debe completarse en línea en el siguiente vínculo https://childprotectionregistry.delaware.gov . Se debe pagar una tarifa de $14.00 al finalizar para solicitar la verificación del registro de protección infantil. Haga clic en el cuadro **NEW INDIVIDUAL REGISTRATION (NUEVO REGISTRO INDIVIDUAL)** y siga las instrucciones. **El número de identificación de la agencia es 352, y el número de identificación de contacto de la agencia es 115738.** Los resultados se enviarán, automáticamente, al departamento de Recursos Humanos de Red Clay.

Verificación de antecedentes penales

- Se completa a través de IdenToGo.
  - Costo: $35
  - Haga clic aquí https://uenroll.identogo.com/ para consultar citas y ubicaciones.
  - El ***"Código de servicio de Red Clay" para voluntarios*** es 27RYBN.
- El voluntario debe identificarse como ***voluntario de una escuela pública*** en el momento de su cita.
- El voluntario debe incluir el ***recibo de pago*** con el paquete de voluntariado.
- No se aceptan informes de antecedentes penales de parte del voluntario. El departamento de Recursos Humanos recibirá el informe oficial de la Agencia Estatal de Identificación.

Evaluación del riesgo de TB

El voluntario debe completar el formulario y entregarlo al personal de enfermería de la escuela para su revisión y archivo. ***No envíe estos formularios al departamento de RR. HH.; el personal de enfermería de la escuela los archivará.*** El coordinador de voluntarios debe anotar la recepción del Formulario de evaluación de TB en el Registro de voluntarios. El personal de enfermería notificará al coordinador de voluntarios en caso de que alguien tenga restricciones para realizar actividades de voluntariado y se comunicará, directamente, con el voluntario para analizar los pasos a seguir para resolver el problema.

*****EL DISTRITO ESCOLAR CONSOLIDADO DE RED CLAY (RCCSD) ACEPTARÁ RESULTADOS DE OTRAS AGENCIAS SI SE COMPLETARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. *****

INSTRUCCIONES PARA DIRECTORES DEPORTIVOS

Todos los entrenadores voluntarios y asistentes deben completar lo siguiente:

- Verificación de antecedentes penales completada en los últimos 12 meses a partir de la fecha de contratación
- Solicitud de verificación del registro de protección infantil de Delaware completada en línea (incluya el formulario de consentimiento en el paquete)
- Prueba de TB (sin formulario de evaluación)
- Formulario de recomendación y lista de verificación para entrenadores voluntarios

Envíe los paquetes completos a HR@RedClay.k12.de.us. El departamento de RR. HH. obtendrá la aprobación.

Los coordinadores de voluntarios deben enviar una lista de voluntarios a Lilia Barroso en la oficina del distrito a Lilia.barroso@redclay.k12.de.us

RED CLAY
CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

Acuerdo de confidencialidad

Estimado voluntario o acompañante:

Gracias por ofrecer su tiempo y talentos para ayudar a nuestra comunidad escolar. Para poder garantizar una experiencia segura y positiva para todos los miembros de nuestra comunidad escolar, los voluntarios y acompañantes deben completar una solicitud de registro de protección infantil de Delaware, una verificación de antecedentes penales (deben traer el recibo de pago), una evaluación del riesgo de TB o una prueba de PPD o de TB completa (prueba requerida para entrenadores voluntarios) y un formulario de acuerdo de confidencialidad.

CONFIDENCIALIDAD

Al trabajar con estudiantes individuales o grupos pequeños de estudiantes, debemos asegurarnos de respetar el derecho a la confidencialidad de cada uno de ellos. El progreso que logra cada estudiante o el comportamiento que muestra es información confidencial y no debe compartirse fuera del entorno de la actividad del voluntario o acompañante. Es responsabilidad del personal educativo comunicar dicho progreso a los padres y otros miembros del personal correspondientes. Agradecemos, enormemente, su comprensión y cumplimiento de este tema tan importante.

EXPECTATIVAS Y PAUTAS

Se les pedirá a los voluntarios que presenten su licencia de conducir al ingresar.
Se les pedirá a los voluntarios que usen una etiqueta con su nombre o un cordón con una tarjeta que los identifique como voluntarios. Se les pedirá que lleguen puntualmente.
Si los voluntarios necesitan cancelar o reprogramar su horario, deben comunicarse con la escuela lo antes posible. Se solicita a los voluntarios que se abstengan de realizar excursiones fuera de sus ubicaciones previstas.

Los acompañantes deben tener al menos 18 años y ser padres o tutores. Los acompañantes también pueden ser otros miembros de la familia si cuentan con la aprobación por escrito de los padres o tutores. Se recomienda a los acompañantes que utilicen el transporte organizado por el distrito (es decir, el autobús) para ir a las excursiones y regresar de estas, aunque no es obligatorio.
Los acompañantes deben seguir el ejemplo y las instrucciones del personal en relación con sus responsabilidades.

Leí la información proporcionada y comprendo las expectativas y pautas asociadas con el voluntariado o acompañamiento en el entorno escolar.

Acepto respetar el derecho a la confidencialidad de cada niño.

_____ Fecha _____
Firma del padre, de la madre o del tutor

Nombre en letra de imprenta _____

Nombre de la Escuela_____

DSCYF
Department of Services for Children, Youth & Their Families

DELAWARE CHILD PROTECTION REGISTRY CONSENT FORM

Web Portal

Request must be within 90 days of signature date in order to be processed

PART I - APPLICANT INFORMATION

Name (Last*, First*, Middle):

Other Name(s) used/Alias:

Social Security #:

Date of Birth (mm/dd/yyyy)*:

Gender*:

Race:

Ethnicity: (Hispanic/Non-Hispanic)

Address (Street, City, State, Zip):

Are you on the Delaware Child Protection Registry for any substantiated cases of child abuse/neglect? Yes ☐ No ☐

If yes, explain:

I hereby authorize The Delaware Department of Services for Children, Youth and Their Families to provide the below named requester(s) with all substantiated cases of child abuse or neglect concerning me that are active on the Delaware Child Protection Registry. I further release the Delaware Department of Services for Children, Youth and Their Families, its officers and employees from any and all claims arising out of or in any way connected to the release or dissemination of any information concerning me.

Signature:

Date:

Parent/Guardian Signature (If applicant is under the age of 18):

PART II - REQUESTER INFORMATION

Check one option below and complete required information*:

1. ☐ Agency Request – Agency Name*:

2. ☐ Individual Request – Self

3. ☒ Individual Request – Share Results with Requesting Agency

Requesting Agency 1 – Agency Name*: **Red Clay Consolidated School District**
Department of Human Resources
Resources Agency ID # 352
Agency Contact # 115738

Requesting Agency 2 – Agency Name*:

Requesting Agency 3 – Agency Name*:

Requesting Agency 4 – Agency Name*:

Requesting Agency 5 – Agency Name*:

RED CLAY
CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

Formulario de recomendación y lista de verificación para entrenadores voluntarios

Información del voluntario:

Nombre _____

Dirección: _____

_____

Número de teléfono: _____

Información de la escuela:

Nombre de la escuela: _____

Temporada: ☐ Otoño ☐Invierno ☐Primavera

Deporte: _____

1. Evaluación del riesgo de TB completada y entregada al personal de enfermería: ☐Sí ☐ No
2. Solicitud de registro de protección infantil completada con recibo adjunto ☐Sí ☐ No
3. Verificación de antecedentes penales completada con recibo adjunto ☐Sí ☐ No

Confirmo que comprendo, plenamente, que las siguientes condiciones se analizaron conmigo: **(1):** Actúo a total discreción del director de la escuela y del director deportivo. El director deportivo o el director pueden interrumpir mi participación en cualquier momento. **(2):** No recibiré un salario ni ningún tipo de beneficio laboral, lo que incluye un seguro de vida y por discapacidad, indemnización laboral, seguro de medicamentos o cualquier cobertura médica principal. **(3):** Tendré la misma cobertura de responsabilidad que los demás voluntarios. **(4):** Estaré bajo la supervisión de un entrenador designado por el distrito y no asumiré la autoridad ni responsabilidad de un entrenador. **(5):** Mi participación, si se aprueba, se limita a una temporada deportiva y un período de un año.

Nombre del voluntario .....

Firma del voluntario ..... Fecha

Director deportivo .....

Firma del director deportivo ..... Fecha

Nombre del director .....

Firma del director ..... Fecha

Nombre del voluntario:_____ Fecha:_____

Firma del voluntario: _____ Ubicación_____

Departamento de Educación de Delaware[1]
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE SALUD SOBRE TUBERCULOSIS (TB)
PARA VOLUNTARIOS EN ESCUELAS PÚBLICAS

Todos los estudiantes, empleados y voluntarios de la escuela deben someterse a una prueba de detección de tuberculosis (TB)[2]. El propósito de este requisito es proteger a los niños en edad escolar de la exposición a la TB en el entorno escolar. Este cuestionario está diseñado para identificar voluntarios que PUEDEN haber estado expuestos a la TB y, por lo tanto, necesitan más pruebas. Una persona designada por la escuela recopilará y supervisará el Cuestionario de salud, que se almacenará en la oficina de enfermería de la escuela de manera confidencial. El cuestionario debe completarse cada cinco años. El voluntario puede elegir proporcionar evidencia de la prueba de TB en lugar de completar el cuestionario.

Considere las siguientes preguntas y encierre con un círculo <u>UNA</u> sola respuesta en la tabla a continuación[3]:

¿Puede responder "Sí" a *alguna* de las siguientes preguntas?	
1. En los últimos cinco años, ¿vivió o estuvo en contacto cercano[4] con alguien que haya tenido TB infecciosa activa? 2. ¿Presenta, actualmente, alguno de los siguientes síntomas sin explicación y que hayan durado al menos tres semanas? Tos Fiebre Sudoración nocturna Pérdida de peso 3. ¿Tiene conocimiento de estar inmunodeprimido? La inmunodepresión es una inhibición del sistema inmunológico y su capacidad para combatir infecciones, lo que aumenta su probabilidad de desarrollar TB activa. Esta inmunodepresión puede ser causada por una enfermedad particular o un tratamiento médico, como ciertos tipos de cáncer, silicosis, VIH o sida, ser receptor de un trasplante de órgano, el uso de inhibidores del TNF-alfa (biológicos) o esteroides en dosis altas a largo plazo. 4. En los últimos cinco años, ¿alguna vez se inyectó drogas intravenosas ilegales? 5. En los últimos cinco años, ¿estuvo encarcelado? 6. En los últimos cinco años, ¿estuvo sin hogar, lo que lo llevó a vivir en un refugio o con otras personas fuera de su familia que tampoco tenían hogar? 7. Para las dos siguientes preguntas, ¿viajó a alguna zona donde la TB es común? Según la División de Salud Pública de Delaware, esto incluye viajar o residir en un país con una tasa elevada de TB durante al menos un mes. Esto incluye cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda ni un país del oeste o norte de Europa. • En los últimos cinco años, ¿permaneció o vivió en uno de estos países durante un mes o más? • En los últimos cinco años, ¿vivió o estuvo en contacto cercano con alguien que permaneció o vivió en uno de estos países durante un mes o más?	**SÍ** ☐ **NO** ☐

Si marcó SÍ, <u>debe</u> proporcionar (en un plazo de 2 semanas) una verificación de que no existe ninguna amenaza transmisible por parte de un proveedor de atención médica autorizado o de la División de Salud Pública.

¿Alguna vez tuvo una prueba cutánea positiva para tuberculosis? ☐ Sí ☐ No

Si marcó <u>sí</u>, se <u>requiere</u> que proporcione documentación relacionada con el estado actual de la enfermedad antes de su asignación o de continuar su asignación como voluntario. Si proporcionó documentación de haber completado el tratamiento para una infección activa o latente, no se requiere documentación adicional.

Estos requisitos son para garantizar la seguridad de nuestra escuela y para su salud personal. Los profesionales de la salud recomiendan realizarse la prueba de detección de la tuberculosis a cualquier persona que esté en riesgo. Las pruebas de detección rutinarias mediante una prueba cutánea de tuberculina de Mantoux o un análisis de sangre para detectar la TB, como la prueba de TB Quantiferon Gold, pueden detectar si una persona estuvo expuesta a la tuberculosis. Identificar, de manera temprana la infección, y completar un tratamiento con antibióticos reduce, significativamente, la probabilidad de desarrollar TB activa a lo largo de la vida de las personas infectadas.

Si tiene alguna pregunta sobre el riesgo de infección, hable con su proveedor de atención médica o planifique analizarlo en su próximo examen. Para obtener información adicional, puede comunicarse con el Programa de Eliminación de la TB de la División de Salud Pública de Delaware llamando al 302-744-1050.

[1] Desarrollado y revisado en colaboración con la División de Salud Pública de Delaware: 2/2005, 7/2010, 7/2013, 5/2015, 4/2018, 12/2019.
[2] Se puede acceder al Reglamento 805 en http://www.state.de.us/research/AdminCode/title14/800.
[3] Para mantener la confidencialidad de la información médica, el voluntario no debe proporcionar una respuesta individual a cada pregunta. Si el voluntario responde "*sí*", indica que al menos *una* de las siete preguntas es correcta, lo que significa una posible exposición. El voluntario no debe indicar cuál. Puede elegir proporcionar evidencia de la prueba de TB en lugar de completar el cuestionario.
[4] Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) describen el contacto cercano como un contacto prolongado, frecuente o intenso con una persona con TB mientras estaba en etapa infecciosa.