



## Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632  
209-744 4545 / 209-744-4553 fax / www.galt.k12.ca.us

# SOLICITUD DE VOLUNTARIADO

Estudiante Voluntario

NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer) (segundo)

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES PENALES:**

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave o menor, o actualmente tiene un cargo pendiente por un delito grave o un delito menor? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, adjunte una explicación. Puede omitir infracciones de tránsito menores. Conducir ebrio o imprudentemente no es un delito menor. (La existencia de antecedentes penales no le impide automáticamente ser voluntario. Sin embargo, la falta de presentación es causa de descalificación o despido).

### **AUTORIZACIÓN DE LA LEY DE MEGAN:**

Todo adulto mayor de 18 años que desee participar en una actividad escolar debe ser autorizado a través de la Base de Datos de la Ley Megan. El sitio llevará a cabo una verificación de antecedentes de la Ley Megan (Código Penal 290).

### **CONFIDENCIALIDAD:**

Entiendo que durante mi asociación con el Distrito Escolar Primario de Galt Unión, soy responsable de mantener la confidencialidad de cualquier información de empleado o estudiante que pueda tener disponible. Entiendo que es mi responsabilidad garantizar los derechos y la confidencialidad de la información escrita y verbal.

Además, entiendo que en el desempeño de mis funciones, no debo discutir con nadie la información académica u otra información confidencial relacionada con los estudiantes o empleados. Cualquier violación de la confidencialidad será revisada cuidadosamente y, si se confirma, puede resultar en la terminación de la participación de los voluntarios con el Distrito Escolar.

### **ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS:**

El Distrito Escolar Primario Galt Joint Unión requiere que todos los empleados y voluntarios que trabajan directamente con los estudiantes presenten un resultado de Verificación de Tuberculosis Clara tomado dentro de los últimos cuatro (4) años. Las verificaciones de tuberculosis tienen una validez de cuatro (4) años. Envíe una copia del resultado reciente de su prueba de tuberculosis cuando devuelva su formulario de registro de voluntarios completado.

*Debe presentar un comprobante de un resultado negativo de la prueba de tuberculosis para que su solicitud esté completa.*

**LIBERACIÓN DE FOTOS:**

**Por la presente (marque uno):**      CONSENTIMIENTO                      NO CONSENTIR  
para fotografiar/grabar en video y el uso por parte del Distrito Escolar Primario Galt de dichas fotografías o cintas de video para cualquier propósito asociado con la promoción del beneficio público del Distrito o actividades o programas educativos.

**AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

En el caso de lesión o sospecha de lesión, autorizo la administración de atención de urgencia o emergencia, incluido el transporte a un proveedor de atención de urgencia o atención de emergencia. Cualquier proveedor de atención de urgencia o emergencia tiene mi autoridad expresa para realizar procedimientos de diagnóstico o anestesia y/o proporcionar atención o tratamiento médico (incluida la cirugía) según lo considere razonable o necesario en todas las circunstancias. Todos los costos y gastos asociados con dicha atención son de mi exclusiva responsabilidad. La autorización para proporcionar dicha atención médica de emergencia es un requisito para actuar como voluntario en el Distrito Escolar Primario Galt Joint Union.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
**(Voluntario Adulto, Padre/Tutor Legal del Estudiante Voluntario)**

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

En la medida máxima permitida por la ley, aplicable al Distrito (y a sus respectivos empleados, agentes y/o voluntarios), reconozco y acepto todos los riesgos conocidos y desconocidos, así como los riesgos que puedan surgir de la prestación o no prestación de atención médica en respuesta a cualquier lesión potencial. También renuncié y libero para mí cualquier posible reclamo por lesiones personales (hasta e incluyendo la muerte), daños a la propiedad y / u otros daños, lesiones o pérdidas.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
**(Voluntario Adulto, Padre/Tutor Legal del Estudiante Voluntario)**

**COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:**

This is to advise you that Galt Joint Union Elementary School District has adopted a Board Resolution to cover authorized volunteers for the purpose of Workers' Compensation Benefits. Workers' Compensation benefits will be provided in accordance with the California Labor Code for any injury or illness sustained while engaged in the services of Galt Joint Union Elementary School District.

Should you be injured while serving in this capacity and therefore covered under our Workers' Compensation Program, we need to advise you that you would not be eligible to file any civil claim, action, or proceeding.

By signing this document, you acknowledge that Workers' Compensation benefits will be the sole remedy and agree to waive any civil liability.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
**(Voluntario Adulto, Padre/Tutor Legal del Estudiante Voluntario)**

*Para ser completado por el personal del distrito*

**La Ley de Megan ha sido aprobada:** Si No      **Autorizado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la prueba de tuberculosis negativa:** \_\_\_\_\_ **Copia de la Licencia de Conducir:** Si No

**Firma de la Oficina del Distrito:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_