****

**Expectativas y Requisitos para Voluntarios**

El consejo de gobierno anima a padres/guardianes y a miembros de la comunidad a compartir su tiempo, conocimiento y habilidades con los estudiantes. Los voluntarios tendrán que actuar en acuerdo con las pólizas del distrito, incluso con los requisitos de la escuela.

1. Se requiere que todo voluntario complete la solicitud para voluntarios. La solicitud tendrá que ser archivada en la oficina del principal al comenzar su servicio. La solicitud requiere que revele su record criminal. Al oponerse a proveer la información correcta resultara en su despedida.
2. Todo voluntario tendrá que registrarse en la oficina al entrar y salir de la escuela. Todo necesita una tarjeta de identificación cuento este en la escuela.
3. Se le recomienda pero no es requerido que todo voluntario tenga su vacuna de TB en regla. La vacuna de TB sera al costo del voluntario.
4. Todo voluntario tiene la expectativa de mantener confidencialidad del estudiante y su familia.
5. S el voluntario escucha u observa evidencia del maltrato de menores, tendrán que reportar la información al principal o personal designado inmediatamente.
6. El código de educación 35021 pide que cualquier persona que se le requerida que se registre como agresor sexual de acuerdo con el código de penal 290 no podrá ser voluntario. Agresores sexuales no podrán ser chaperón de ningún paseo escolar u otras actividades escolares.
7. Voluntarios que sean chaperones o que trabajen con estudiantes fuera de la supervisión de un empleado de FUSD tendrá que completar la solicitud para voluntarios y tendrá que someterse a una revisión de antecedentes.



**Solicitud para ser un voluntario en la clase**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Apellido, Primer Nombre***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección No. de apartamento Ciudad Estado Código Postal**

**Numero de Teléfono:** (\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **Correo Electrónico:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Grupo étnico:** *(opcional)*

 Asiático  Amerindio  Afroamericano Caucásico  Latino Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Como escucho sobre el programa?**

 Amigo  periódico  voluntario del programa  TV/Radio  empleado  Evento

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y dirección de la escuela** | **# de años de asistencia** | **Titulo** | **Especialidad o temas estudiados** |
| High School: |  |  |  |
| Colegio: |  |  |  |
| Graduate School: |  |  |  |

**Por favor Nombre a 2-3 Referencias Profesionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Asociación** | **Numero de teléfono** | **Correo electrónico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Compromiso para Voluntarios**

HandsOn pide que todo voluntario se comprometa a un semestre de servicio a la comunidad con nuestro programa. El compromiso de un semestre comienza en cuento la orientación sea completada y el aprendiz sea confirmado para trabajar independientemente con la clase.

Yo cumpliré con los requisitos que HandsOn y su póliza requiere: Yes \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

**Preguntas Adicionales**

¿Está usted como a que lo supervisen y que le den consejos de como hace el trabajo? Yes \_\_ No \_\_\_

Apliqué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ha sido usted condenado a un crimen o un delito menor? Yes \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí esplique: (un delito no lo descalificara) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Habla usted otro idioma? Yes\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, esplique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted interesado en trabajar con estudiantes de Educación Especial o con estudiantes de autismo?

Yes \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

Indique cuando está disponible para ser voluntario?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado |
| Horario: | Horario: | Horario: | Horario: | Horario: | Horario: |

Indique la escuela en la que quiere ser voluntario:

Norseman Elementary Lane Elementary

Mayfair Elementary Hidalgo Elementary

Balderas Elementary Webster Elementary

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Fecha Firma

Regrese la applicacion a:

Maria Garcia

[mgarcia@handsoncentralcal.org](mailto:mgarcia@handsoncentralcal.org)

559-237-3101

732 N Van Ness Ave, Fresno, CA 93728