



OFICINA DE IGUALDAD, ACCESO Y
PREPARACIÓN UNIVERSITARIA Y
PROFESIONAL
Voluntarios En Escuelas Públicas



Date submitted to site: _____
Date submitted to District VIPS Office: _____
Current VIPS: Yes No - School: _____
Current District employee Yes E 00 _____

SOLICITUD PARA ENTRENADOR / ACTIVIDAD

LAS SOLICITUDES SE REQUIEREN CADA AÑO

LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON LAS SOLICITUDES DEBEN SER DIRIGIDAS AL COORDINADOR DE VIPS DE SU PLANTEL ESCOLAR

Información de Contacto *(FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)*

Nombre _____ (____) _____
Apellido Nombre Inicial Núm. de Tel.

Domicilio _____
Calle Apto. Ciudad Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Identificación **vigente** expedida por el gobierno, con fotografía _____ **(Favor de adjuntar una copia de su identificación con fotografía, por ejemplo: Licencia de conducir de California, Identificación de California, Identificación Militar o Identificación Internacional. La fotografía debe estar clara)**

Información Personal

¿Alguna vez ha tenido Tuberculosis (TB)? **(No la prueba de Tuberculosis)** Sí No Si la respuesta es "Sí," ¿cuándo? _____
¿Alguna vez ha tenido una prueba subcutánea positiva (PPD)? Sí No Si la respuesta es "Sí," ¿cuándo? _____

FAVOR DE ADJUNTAR A LA SOLICITUD UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE TUBERCULOSIS O CERTIFICADO DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS DE TUBERCULOSIS DEBE INDICAR LA FECHA EN QUE FUE ADMINISTRADA, FECHA DE REVISIÓN, RESULTADOS Y EL NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

¿Puede desempeñar las funciones de su cargo con o sin adaptaciones? Sí No
En caso de una emergencia, favor de notificar a: _____ Núm. de Tel. _____

Información del Entrenamiento

Escuela _____
Deporte: _____ **TEMPORADA DEL DEPORTE: De _____ a _____**
Nombre del maestro(a)/entrenador/director de la actividad/personal del distrito con el que usted estará trabajando _____
Actividad: (por favor indique):

- Ejercicios
- Banda
- Porra
- Otro _____

SOLICITANTE, FAVOR DE CONTINUAR A LA PÁGINA 2 Y LLENAR TODA LA SOLICITUD

FOR SCHOOL USE ONLY:

VERIFIED BY ATHLETIC SECRETARY: _____ DATE: _____

I certify that I have reviewed all documents submitted, fingerprint clearance has been verified and all certifications submitted have been checked and verified to be in good standing.

Athletic Director: _____ DATE: _____

KEEP A COPY OF ALL DOCUMENTS ON FILE

- _____ Fingerprint approval date DOJ _____
- _____ Fingerprint approval date FBI _____
- _____ Copy of CPR – Exp. Date _____
- _____ Copy of First Aid – Exp. Date _____
- _____ TB Clearance Date or _____
- _____ TB Risk Assessment Questionnaire
- _____ Certificate of Completion Date
- _____ Water Safety (if applicable) – Exp. Date _____
- _____ Concussion Course Cert. – Exp. Date _____
- _____ Copy of Cardiac Arrest Cert. – Exp. Date _____
- _____ Fundamentals of Coaching—Date (High School Only)
- _____ Send copy of VIPS coach/activity application with TB clearance, ID and fingerprints to Office of Equity, Access, College & Career Readiness Date: _____

**Distrito Escolar Unificado de Long Beach (LBUSD)
INFORME DE DELITOS Y HUELLAS DIGITALES PARA VOLUNTARIOS**

SE REQUIEREN HUELLAS DIGITALES DE TODOS LOS VOLUNTARIOS QUE VAN A BRINDAR SERVICIOS AL DISTRITO Y QUE TENDRÁN INTERACCIÓN DIRECTA CON LOS ESTUDIANTES SIN LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE UN EMPLEADO TITULADO.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (APELLIDO, NOMBRE Y SEGUNDO NOMBRE)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
---	-------------------------

El Distrito agradece su interés para servir a sus estudiantes y escuelas en calidad de voluntario. Con la finalidad de proteger a sus estudiantes, por favor tenga en cuenta que antes de que usted sea considerado para los servicios de voluntario, el Distrito puede solicitar que los voluntarios potenciales que tengan delitos previos entreguen una copia certificada de todos los antecedentes incluyendo, pero no limitado a, registros de condenas, registros de libertad condicional, y otros registros judiciales relacionados. Un delito no lo descalifica necesariamente como voluntario.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENUMERACIÓN DE TODOS LOS DELITOS ES CAUSA PARA SU DESCALIFICACIÓN. SI USTED NO DIVULGA TOTALMENTE DICHA INFORMACION AHORA EN ESTE FORMULARIO, ES CAUSA PARA SER RECHAZADO DE LOS SERVICIOS COMO VOLUNTARIO.

FAVOR DE LEER LOS SIGUIENTES PUNTOS CUIDADOSAMENTE:

Favor de indicar a continuación todos y cada uno de los delitos, incluyendo los delitos menores y/o delitos graves, que usted haya recibido en cualquier momento de su vida. El término “delito” incluye una declaración de culpabilidad o veredicto de culpabilidad o determinación de culpabilidad por parte de un tribunal en un juicio sin jurado, o un delito después de no oponerse ni aceptar culpabilidad. Si ha sido declarado culpable por algún delito penal, favor de especificar y explicar todos los delitos en este formulario. Usted debe informar de todos los delitos por ofensas sexuales y/o de drogas especificadas en las secciones 44010 y 44011 del Código de Educación y cualquier condena por delitos graves o violentos especificados en las secciones 667.5 y 1192.7 del Código Penal. Cualquier condena reservada conforme a la sección 1203.4 del Código Penal debe ser divulgada, ya que dichas condenas son por delito legal con los fines de esta pregunta (vea la sección 44009 del Código de Educación). Un delito no resultará necesariamente en la descalificación automática. Usted es absolutamente responsable de determinar si un delito debe ser divulgado. El personal del distrito no puede y no lo ayudará. El incumplimiento de informar de otra manera un delito denunciado no será justificado por su incomprensión de la ley.

¿EN ALGUNA OCASIÓN, YA SEA DE JOVEN O ADULTO, HA SIDO CONDENADO POR ALGÚN DELITO, MULTADO, ENCARCELADO, PUESTO EN LIBERTAD CONDICIONAL O SENTENCIADO, EN ALGÚN TRIBUNAL CIVIL, PENAL O MILITAR, O HA PERDIDO ALGUNA VEZ EL DERECHO A FIANZA? NO SÍ

Nombre del Delito (Explique en detalle al dorso de este formulario. De ser necesario, use páginas adicionales)	Núm. de código penal	Fecha Mes/ Año	Ubicación (Ciudad y Estado)	¿Delito menor o mayor?	Si fue encarcelado, ¿cuánto tiempo?	Si fue multado, ¿por qué cantidad?	Si fue libertad condicional, ¿De cuándo -- a cuándo?

¿ALGUNA VEZ LE HAN SUSPENDIDO O ANULADO SU LICENCIA DE CONDUCIR? NO SÍ

Si la respuesta es sí, **explique**, incluyendo **cuándo y dónde** ocurrió, la **consecuencia**, Y adjunte el informe H6 del DMV.

EXPLICACIÓN DEL DELITO:

Favor de utilizar la siguiente página para explicar la(s) ofensa(s) por la(s) cual(es) usted fue declarado culpable. Explique en detalle el incidente(s) y las circunstancias circundantes, la consecuencia, etc. Asegúrese que la información que proporcione coincida con los delitos en este formulario.

EXPLICACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS: (De ser necesario, puede adjuntar otras páginas)

FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:

Declaro que he leído y entendido todas las preguntas y declaraciones en ambos lados de este formulario de Informe de Delitos y que las respuestas que he dado son verdaderas, correctas y completas. Entiendo que es mi responsabilidad enumerar todos y cada uno de los delitos, y que cualquier cosa que haya olvidado u omitido a enumerar resultará en la desestimación como voluntario. He enumerado todos mis delitos.

También entiendo que el reglamento del distrito exige que porte mi gafete de voluntario (VIPS) en todo momento mientras me encuentre dentro del plantel escolar. El gafete es propiedad del Distrito Escolar Unificado de Long Beach (LBUSD) y deberá permanecer en el plantel escolar en todo momento. Estoy de acuerdo en no llevarme el gafete a casa ni a prestárselo a otras personas. Estoy de acuerdo en firmar al entrar y salir del plantel escolar siempre que llegue a servir como voluntario. Estoy de acuerdo en respetar la confidencialidad de la información, ya sea académica o de conducta, de los estudiantes en los salones donde yo brinde servicio como voluntario.

¿HA OLVIDADO ALGO? SI NO HA ENUMERADO TODO, DETÉNGASE Y ENUMÉRELO AHORA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

--	--

FOR SCHOOL USE ONLY:

Application reviewed by site athletic secretary: _____ Date: _____
Application checked for completeness and accuracy . Proof of TB test and current Photo ID are attached.
Principal signature: _____ Date: _____
Athletic director signature: _____ Date: _____
School: _____