



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 VOLUNTARIOS EN ESCUELAS PÚBLICAS (VIPS)- NIVEL PREESCOLAR

LAS SOLICITUDES SE REQUIEREN CADA 4 AÑOS

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)

Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Nombre del Niño(a): _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Nombre del Niño(a): _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Información Personal

¿Alguna vez ha padecido de 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. _____ Núm. de Cel. _____

La Propuesta de Ley Núm. 792 del Senado – Requisitos de Inmunización para Adultos para las Guarderías de California

Conforme al 1º de septiembre de 2016, todo el personal y voluntarios que trabajan con los niños de edad preescolar deben tener prueba de que han recibido la vacuna contra el sarampión y la tos ferina, también conocida como la vacuna de la tos ferina, o prueba de inmunidad de un médico profesional. Para la vacuna contra la influenza, conocida comúnmente como la vacuna de la gripe, todo el personal y voluntarios deben recibir esta vacuna entre el 1º de agosto y diciembre o llenar una declaración de denegación cada año. Se requiere una prueba negativa de tuberculosis (prueba subcutánea TB).

Sarampión:

- Fecha en la que se administró la vacuna. _____
- Las pruebas del _____ indican inmunidad actual a la enfermedad

Tos Ferina:

- Fecha en la que se administró la vacuna. _____

Influenza:

- Fecha en la que se administró la vacuna. _____
- Rechazó la Vacuna

Si rechaza la vacuna de la influenza favor de escribir una declaración:

<p>Tuberculosis (TB): Fecha en la que se administró la prueba de TB: _____</p> <p>Fecha en la que se revisó la prueba de TB: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Se necesitó una radiografía (si el resultado fue positivo) Fecha de la radiografía: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Fecha de la Evaluación de Riesgos: _____</p>

El paciente está exento de los requisitos de esta sección debido a una condición física o circunstancias médicas en las cuales la inmunización no es segura.

Nombre del Médico y Sello Médico	Número Telefónico:	Firma del Médico
	Fecha:	

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.

La Solicitud continúa en la siguiente página. Favor de leer y llenar todas las páginas.

REPORTE SOBRE PRUEBAS DE SALUD - PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

Todo el personal, incluyendo al solicitante, persona con licencia o empleados de establecimientos residenciales para el cuidado de ancianos o establecimientos para el cuidado en la comunidad o guarderías infantiles, tiene que demostrar que la condición de su salud le permite desempeñar la clase de trabajo que se requiere. Esta evaluación de salud tiene que ser completada por o bajo la dirección de un médico.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DE LA PERSONA	EDAD		
CARGO/PUESTO	CLASE DE ESTABLECIMIENTO	DÍAS DE TRAB. POR SEM.	HORAS DE TRAB. POR DÍA

DECLARACIÓN DE LOS DEBERES

CLASES DE PERSONAS A QUIENES SE LES PROPORCIONAN SERVICIOS (Marque las categorías apropiadas.)

- Bebés
 Adultos
 Con discapacidad de desarrollo
 Con impedimento físico
 Niños
 Ancianos
 Trastornados mentalmente
 Con adicción a las drogas/alcohol
 Otra (especifique) _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

POR MEDIO DEL PRESENTE, AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE ESTE REPORTE CONTIENE.

FIRMA DEL SOLICITANTE/PERSONA CON LICENCIA O EMPLEADO	DIRECCIÓN	FECHA
---	-----------	-------

SOLO PARA USO DEL MÉDICO

NOTE TO PHYSICIAN: *Personnel in Residential Care Facilities for the Elderly, Community Care or Child Care Facilities shall be free from communicable disease, and capable of performing assigned tasks. Please complete the following information on the above named person.*

EVALUATION OF GENERAL HEALTH

EVALUATION OF ABILITY TO PERFORM WORK DESCRIBED IN THE ABOVE DUTY STATEMENT

NOTE ANY HEALTH CONDITION THAT WOULD CREATE A HAZARD TO THE PERSON, CLIENTS, CHILDREN OR OTHER PERSONNEL

DATE OF T.B. TEST	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	ACTION TAKEN (IF POSITIVE)
DATE OF HEALTH SCREENING	NAME OF PHYSICIAN (PHYSICIAN'S STAMP)	DATE
HEALTH SCREENING BY: (ORIGINAL SIGNATURE)	TELEPHONE #	DATE

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

Favor de contestar ambas preguntas a continuación. El número de seguro social se requiere únicamente cuando se reporta una convicción.

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

--	--

FOR SCHOOL USE ONLY:
KEEP COPY OF ALL DOCUMENTS ON FILE

Application reviewed by site VIPS coordinator: _____ Date: _____

Application checked for completeness and accuracy . Proof of TB test and current Photo ID are attached.

Principal signature: _____

Date: _____

School: _____