

**Escuelas Públicas de Arlington  
Solicitud del voluntario**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Edad (por favor marcar): 18-24    25-34    35-44    45-54    55-64    65+

Otros idiomas que habla además del español: \_\_\_\_\_

¿Tiene estudiantes de esta escuela? Si    No

Si su respuesta es Si, por favor enumere:

Nombre \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Por favor indique que tipo de trabajo de voluntario/a le gustaría hacer:

- Acompañante de excursión
- Trabajar con estudiantes
- Ayudar con trabajos administrativos
- Ayudar con eventos/fiestas especiales

**Escuelas Públicas de Arlington  
Acuerdo del voluntario**

Por favor enumere tres referencias (nombres) que lo conocen durante al menos dos años. Estas referencias no deben incluir familiares. Si actualmente está trabajando, por favor denos el nombre de su supervisor.

**EMPLEADOR u OTRO:**

(1) Nombre, organización, teléfono o correo electrónico:

---

OTRO:

(2) Nombre, teléfono o correo electrónico:

---

OTRO:

(3) Nombre, teléfono o correo electrónico:

---

**¿Alguna vez ha sido condenado por otra cosa que no sea una violación menor de tráfico o ha sido condenado a una pena suspendida en el tribunal?**

\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_Si (si su respuesta es Si, por favor explique.)

---

---

---

**¿Alguna vez has sido objeto de un caso fundado de abuso de niños o negligencia?**

\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_Si (si su respuesta es Si, por favor explique.)

---

---

---

**En caso de emergencia, por favor contactar a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en cumplir las normas y reglamentos del Distrito escolar y de participar en la orientación y entrenamiento. Estoy de acuerdo en respetar el la información confidencial del estudiante, así como mis contactos personales con los miembros del personal. En el caso de que viole estas disposiciones, entiendo que mi servicio como voluntario puede ser terminado por las Escuelas Públicas de Arlington. Autorizo al sistema escolar para revisar todos los registros estatales de los casos fundados de abuso o negligencia infantil. También autorizo a todas las referencias que figuran a proporcionar cualquier información pertinente que puedan tener, y libero a todas las partes de cualquier responsabilidad por el suministro de esta información. Certifico que he recibido y leído estos dos párrafos y estoy de acuerdo en seguir los puntos que ya mencionados. Declaro que mis respuestas en esta aplicación son verdaderas y correctas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Escuela Elemental Abingdon**  
**Escuelas públicas de Arlington Public Schools**  
**Voluntario de menor edad y Acuerdo de Confidencialidad**

No voy a compartir la siguiente información de la escuela Abingdon con nadie que no sea empleado de las escuelas públicas del Condado de Arlington:

- Información de identificación personal sobre los padres, estudiantes, personal escolar u otros voluntarios.
- Información del personal y estudiantil tales como:
  - ❖ Lista de nombres
  - ❖ Direcciones
  - ❖ Números de teléfonos
- Información académica, de salud u otra información de tipo personal

Como voluntario de la escuela Elemental Abingdon, comprendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Con la información que se me ha proporcionado con estricta confidencialidad que me permite llevar a cabo las funciones como voluntario.
- No voy a compartir esta información con nadie fuera del personal y voluntarios que actúan a favor de la escuela Abingdon.
- Voy a mantener la información segura y protegida de cualquier acceso no autorizado, que incluye impedir el acceso a los archivos informáticos, archivos, u otros medios de comunicación que contienen datos de Abingdon.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha