



## SOLICITUD DE VOLUNTARIO

¡Gracias por su interés en el programa de voluntarios del distrito escolar de Littleton! Por favor complete la información siguiente y devuelva a la Oficina del distrito. Nos comunicaremos tan pronto como sea posible con respecto a la colocación voluntaria.

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela Preferible: \_\_\_\_\_

Sr. / Sra. / Srta. \_\_\_\_\_ Padre/Madre Yes  No

Por favor imprima

Nombre

Apellido

Si no es padre/madre cuál es su relación con el estudiante:  padrastro/madrastra  tía  tío  abuelos  otro: \_\_\_\_\_

**Todos los estudiantes deben de llenar la siguiente información**

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono por las tardes: \_\_\_\_\_

Ocupación:  estudiante  empleado(a)  retirado  otro: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

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

Relación con usted: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Si usted tiene niños asistiendo una escuela del distrito escolar de Littleton por favor indique sus nombres:

<u>Nombre del Estudiante</u>	<u>Grado</u>	<u>Maestro/a</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Verificación de antecedentes (para no-padres):** Por favor comuníquese con Recursos humanos al 623-478-5604 para hacer una cita.

**Uso de Oficina Solamente –**

Fecha que se recibió el Paquete: \_\_\_\_\_ Fecha que se mandó Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha entrada al Sistema de Datos (synergy): \_\_\_\_\_ Fecha que se recibió Trajeta de Huellas: \_\_\_\_\_



## \*Por favor llene la segunda página de esta forma\*

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

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usted ha sido condenado de un delito menor que no sean violaciones de tráfico? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usted ha sido condenado de un delito grave?                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted ha sido condenado de un delito relacionado con drogas?                   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Usted ha sido condenado de un delito relacionado con el sexo?                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usted ha sido arrestado por una ofensa aun no resuelta?                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

### ¿ Si Usted marco si circule los siguientes cargos que apliquen a su caso?

- a. abuso sexual de un menor.
- b. incesto.
- c. asesinato de primer o segundo grado.
- d. secuestro.
- e. incendio premeditado.
- f. la agresión Sexual.
- g. explotación de un menor.
- h. delitos que impliquen que contribuyen a la delincuencia de un menor.
- i. explotación sexual de un menor.
- j. delitos relacionados con la venta, distribución o transporte, ofrecer, vender, transportar o distribuir marihuana o drogas peligrosas o estupefacientes.
- k. delitos relacionados con la posesión o el uso de marihuana, drogas peligrosas o estupefacientes.
- l. ofensas que implican la posesión o el uso de marihuana o drogas peligrosas.
- m. robo en primer grado.
- n. robo en el segundo o tercer grado.
- o. robo agravado o armado.
- p. robo.
- q. un peligroso crimen contra niños tal como se define en §13-604.01.
- r. maltrato infantil.
- s. conducta sexual con un menor de edad.
- t. abuso sexual de un niño.
- u. homicidio.
- v. asalto agravado.
- w. asalto.
- x. explotación de menores relacionados con delitos de drogas.

### Si alguna de las respuestas anteriores está marcada "Sí", complete la siguiente información.

Cargos de convicción: \_\_\_\_\_

Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cantidad de la multa: \$ \_\_\_\_\_

Duración en prisión: \_\_\_\_\_ Términos de libertad condicional: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Esta porción debe ser leída y firmada:**

**Yo certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que omisiones o desinformación deliberada servirá como motivos para denegar ser voluntario del distrito escolar de Littleton # 65. Yo Autorizo al distrito escolar de Littleton # 65 para solicitar y obtener los registros para determinar la exactitud de mis respuestas.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del voluntario: \_\_\_\_\_



## Volunteer Attestation of COVID-19 Vaccination

As part of our efforts to provide a safe workplace, the Littleton School District #65 is tracking the number of volunteers who have received the COVID-19 vaccine. Please complete this form to let us know whether and when you have received the vaccine. We are asking for dates of the vaccination to help determine when each volunteer is considered fully vaccinated. When completing this form, do not provide any medical information, or any other information related to why you may not have received a COVID-19 vaccine. Simply fill in your name, check the appropriate box, sign, and date. If your situation changes in the future, please provide an updated attestation then.

My name is \_\_\_\_\_, and I attest that (check only one box):

- I received the complete series of the COVID-19 vaccine as of \_\_\_\_\_ (enter date).
- I received the first dose of a two-dose COVID-19 vaccine on \_\_\_\_\_ (enter date only) and expect to receive the second dose on \_\_\_\_\_ (enter dated only).
- I have not received a COVID-19 vaccine (Please do not provide any additional information).
- Yes, I agree to wear a mask while volunteering in the building.

\_\_\_\_\_  
Signature of Volunteer

\_\_\_\_\_  
Date

## Certificación de voluntarios de la vacunación contra el COVID-19

Como parte de nuestros esfuerzos para proporcionar un lugar de trabajo seguro, el distrito escolar de Littleton #65 está rastreando el número de voluntarios que han recibido la vacuna COVID-19. Por favor, complete este formulario para hacernos saber si usted ha recibido la vacuna y cuándo. Estamos pidiendo fechas de vacunación para ayudar a determinar cuándo cada voluntario se considera completamente vacunado. Al completar este formulario, no proporcione ninguna información médica ni ninguna otra información relacionada con por qué es posible que no haya recibido una vacuna contra el COVID-19. Simplemente complete su nombre, marque la casilla correspondiente, firme y la fecha. Si su situación cambia en el futuro, proporcione una certificación actualizada a continuación.

Mi nombre es \_\_\_\_\_

- Recibí la serie completa de la vacuna COVID-19 a partir de \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha).
- Recibí la primera dosis de una vacuna COVID-19 de dos dosis el \_\_\_\_\_ (ingrese solo la fecha) y espero recibir la segunda dosis en \_\_\_\_\_ (ingrese solo con fecha).
- No he recibido una vacuna contra el COVID-19 (no proporcione ninguna información adicional).
- Si, Acepto usar una máscara mientras soy voluntario en el edificio.

\_\_\_\_\_  
Firma de la fecha del voluntario