



## Solicitud de Trabajo Voluntario

Año escolar: \_\_\_\_\_

*Nota: Entrenadores Atlético deben contactar a la oficina de Recursos Humanos para usar su solicitud.*

**Nombre completo:** Sr. Sra. \_\_\_\_\_  
Nombre, segundo nombre, apellido

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

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

¿Es usted un empleado de HCPS o ha trabajado alguna vez en HCPS?  Sí  No  
 Si "sí" indique el lugar \_\_\_\_\_ y años de empleo \_\_\_\_\_

Nombre durante su empleo (si es diferente a su nombre actual) \_\_\_\_\_

Ocupación/empleador: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una licencia de conducir vigente?  Si  No

Estado: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Tiene usted hijos que asisten a las Escuelas del Condado de Henrico?  Sí  No

Si contestó que sí, por favor complete el cuadro a continuación.

Nombres de hijos en la escuela	Grado actual	Nombre de la escuela

Área específica en la que está interesado a servir como voluntario (chaperón(a), tutor(a) asistente de oficina, asistente de aula, etc.) \_\_\_\_\_

¿Tiene usted experiencia previa en la comunidad o en escuelas?  Sí  No

Si contestó que sí, por favor complete el cuadro a continuación.

Agencia	Título	Responsabilidades	Tiempo de servicio

Horas disponibles	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
AM					
PM					

¿Ha sido condenado por algún delito relacionado con el abuso sexual, agresión sexual, abuso físico, abuso sexual o violación de un niño?  Si  No

¿Ha sido investigado por el Departamento de Servicios Sociales (Unidad de Servicios de Protección Infantil) por abuso o negligencia con un resultado de "fundado"?      Sí      No

¿Has sido condenado por un delito mayor?      Sí      No

¿Has sido condenado por un delito menor?      Sí      No

Si respondió "sí" a un delito menor o mayor, o a ambos, explique e indique las fechas de la condena, el tipo de condena y la jurisdicción donde se lo condenó.

---

---

---

¿Le concede a HCPS el derecho de consultar con los Servicios de Protección Infantil y / o la policía con respecto a cualquiera de las investigaciones y / o condenas indicadas en esta solicitud?      Sí      No

Las iniciales a continuación reconocen que he completado las tareas requeridas.

\_\_\_\_\_ He leído las "Pautas para voluntarios".

\_\_\_\_\_ He leído el Código de Conducta Estudiantil de HCPS.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tendré que completar una orientación sobre las pautas de la escuela y los procedimientos de seguridad antes de comenzar cualquier asignación de voluntarios.

\_\_\_\_\_ Entiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Henrico compararán mi nombre con el sitio web de Registro Nacional de Agresores Sexuales.

\_\_\_\_\_ Reconozco que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ Entiendo que cualquier error intencional u omisión de material en esta solicitud se considerará causa suficiente para descalificar a mí para oportunidades de voluntariado en las Escuelas Públicas del Condado de Henrico.

\_\_\_\_\_ Durante los momentos en que participo en el programa de Voluntarios de las Escuelas Públicas del Condado de Henrico, estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por dicha participación y libero a las Escuelas Públicas del Condado de Henrico de cualquier daño que pueda sufrir.

\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y cumpliré las reglas, regulaciones y políticas concernientes a los voluntarios de HCPS.

\_\_\_\_\_ Comprendo perfectamente que, si mis servicios ya no son necesarios o mi rendimiento no es aceptable, las Escuelas Públicas del Condado de Henrico tienen el derecho de poner fin a mis servicios según sea necesario y sin aviso.

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

En caso de emergencia, por favor contactar: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Todas las solicitudes deben rellenarse completamente o no se procesarán. Por favor devuelva esta solicitud completa a la escuela donde desea ser voluntario. Si tiene alguna pregunta sobre el programa de voluntarios, comuníquese con la Oficina de Seguridad Escolar y Gestión de Emergencias de HCPS al 652-3511.

**FOR OFFICE USE ONLY**

Name of Person Screening Application: \_\_\_\_\_ Date Screened: \_\_\_\_\_

National Sex Offender Public Website Checked:    Yes    No    Follow-up necessary:    Yes    No

Initials below confirm that you have done the required tasks.

\_\_\_\_\_ I have reviewed the application for completeness.

\_\_\_\_\_ I have screened this application.

\_\_\_\_\_ I have given this application to the principal for review.

Name of School Principal: \_\_\_\_\_ Date Reviewed: \_\_\_\_\_

I have reviewed this application and have approved it.    Yes    No

Principal's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_