



2018 - 2019

Departamento de Participación de Familias y la Comunidad

815-966-3271

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO**

Apreciamos su interés en ser voluntario del Distrito Escolar Público de Rockford #205. Por favor llene la información de abajo y devuelva este formulario a la escuela o al sitio donde usted será voluntario.

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**El nombre del voluntario debe ser igual al que aparece en su licencia de conducir o identificación del estado.**

*Nombre del voluntario:* \_\_\_\_\_ *Inicial del segundo nombre:* \_\_\_\_\_

*Apellido del voluntario:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento del voluntario:* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Condado:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_

*Número telefónico preferido:* \_\_\_\_\_

*Dirección de correo electrónico:* \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

*Escriba el nombre de la(s) escuela(s) de RPS donde trabajará de voluntario (si es que lo sabe):*

\_\_\_\_\_

***Función del voluntario: Por favor seleccione todos los que apliquen***

*Chaperón de excursión* \_\_\_\_ *Padre o madre voluntario(a)* \_\_\_\_ *Asesor(a)* \_\_\_\_ *Tutor(a)* \_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_

***Organización de voluntarios:*** \_\_\_\_\_

***Afiliación: Por favor seleccione uno***

*Miembro de la comunidad* \_\_\_\_ *Abuelo(a)* \_\_\_\_ *Padre o madre* \_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_

***Si usted tiene un estudiante inscrito en las Escuelas Públicas de Rockford, por favor llene la información de abajo:***

*Nombre del estudiante:* \_\_\_\_\_ *Nombre del maestro(a):* \_\_\_\_\_

**Información de Condena Criminal** (Los solicitantes no están obligados a revelar registros de condena sellados, revocados o borrados)

<p>¿Es usted un “agresor sexual” como lo define la Ley de Registro de Agresores Sexuales? o ¿es usted un “agresor violento contra la juventud” como lo define la Ley de Registro de Agresores Violentos Contra la Juventud y Asesinato de Niños?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>De acuerdo con la Ley de Cortes Juveniles ¿ha sido alguna vez considerado un perpetrador de abuso sexual o físico de algún joven menor de 18 años de edad?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido alguna vez convicto de cometer asesinato en primer grado, conspirar para cometer asesinato de primer grado o de un delito grave de Clase X?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido alguna vez convicto de cualquier delito definido en la Ley de Control de Cannabis, excepto delitos de posesión que involucran menos de 10 gramos y/o delitos por manufacturación, entrega o posesión con intento de entrega que involucran menos de 2.5 gramos? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena por un delito definido en la Ley de Control de Cannabis?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cualquier delito definido en la Ley de Substancias Controladas de Illinois, excepto cualquier delito por el cual usted fue colocado en libertad condicional bajo las disposiciones de la Sección 410 de esa Ley? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena de cualquier delito definido en la Ley de Substancias Controladas de Illinois?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto por algún delito definido en la Ley de Protección a la Comunidad y Control de Metanfetamina, excepto cualquier delito por el cual usted fue colocado en libertad condicional bajo las disposiciones de la Sección 70 de esa Ley? o, ¿ha fallado usted alguna vez en cumplir las estipulaciones de libertad condicional requeridas por la corte, subsecuentes a la condena por cualquier delito definido en la Ley de Protección a la Comunidad y Control de Metanfetamina?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cualquier intento de cometer cualquiera de los delitos anteriores?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha sido usted alguna vez convicto de cometer o intentar cometer cualquier delito en cualquier otro estado o en contra de las leyes de los Estados Unidos que, si se comete o intenta cometer en ese estado, pudiera haber sido castigado como uno o más de los delitos anteriores?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Dentro de los últimos siete años, ¿ha sido usted convicto de cualquier otro delito grave bajo las leyes de este estado o de cualquier delito cometido o que intentó cometer en cualquier otro estado o en contra de las leyes de los Estados Unidos, que si se comete o intenta cometer en este estado, pudiera haber sido castigado como un delito grave bajo las leyes de este estado?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha tenido usted alguna vez cualquier investigación presentada en su contra que indica abuso de menores?</p> <p>Si es así, explique:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>

**Exención de Responsabilidad**

El Distrito Escolar no proporciona cobertura de seguro al personal que no es del Distrito sirviendo como voluntario para el Distrito Escolar. El propósito de esta exención es informar a los posibles voluntarios que ellos no tienen cobertura de seguro por el Distrito Escolar y para documentar el conocimiento del voluntario de que está proporcionando un servicio como voluntario bajo su propio riesgo.

**Con su firma de abajo:**

Usted reconoce que el Distrito Escolar no proporciona cobertura de seguro para el voluntario por ninguna pérdida, lesión, enfermedad o muerte que resulte por el servicio voluntario sin pago para el Distrito Escolar.

Usted está de acuerdo en asumir todos los riesgos por muerte o cualquier pérdida, lesión, enfermedad o daño de cualquier naturaleza o tipo que resulte por el servicio voluntario supervisado o no supervisado para el Distrito Escolar. Usted también está de acuerdo en renunciar a cualquier y toda reclamación en contra del Distrito Escolar o sus oficiales, Miembros de la Junta Escolar, empleados, agentes o personas designadas debido a la muerte, lesión, enfermedad o daño de cualquier tipo que resulte por el servicio voluntario supervisado o no supervisado para el Distrito Escolar.

Usted entiende que su condición como voluntario estará sujeta a la aprobación exitosa de la verificación en el Registro de Agresores Sexuales de Illinois y/o el Registro Nacional de Agresores Sexuales y la base de datos de Agresores Violentos en Contra de la Juventud de Illinois que mantiene la Policía del Estado de Illinois.

Usted está de acuerdo en que la información anotada en esta solicitud es verdadera en todos los aspectos y está de acuerdo en que si se descubre que la información anotada es falsa de alguna manera, el Distrito debe excluirle de ser considerado para los servicios como voluntario o causará la terminación de dichos servicios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del voluntario (por favor que sea legible)

\_\_\_\_\_  
Firma del voluntario

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor envíe los formularios a:**

**Fax:** 815.489.2756

**Correo:** Rockford Public Schools District 205  
Family and Community Engagement Department  
501 7<sup>th</sup> Street 4<sup>th</sup> floor  
Rockford, IL. 61104

(Los formularios también pueden entregarse en persona en la dirección de arriba o en la escuela donde desea ser voluntario).

<b>OFFICE USE ONLY:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Approved</b>	<input type="checkbox"/> <b>Denied</b>
State/Nat'l Sex Offender Registry: _____	CMVO Registry: _____	
Administrator Signature: _____	Date: _____	
Date Cleared FP Background Check: _____	Date Entered into Raptor: _____	
Notes: _____	Date Entered into Google: _____	

**AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES**  
Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS)

**Para programas NO licenciados por DCFS**

**NOTA: No utilice este formulario si usted está solicitando una licencia o si es un empleado/voluntario de una instalación de atención a menores. Sírvase ponerse en contacto con su representante de licenciamiento.**

Nombre:     
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nac.:  --  --  Sexo:  Masc.  Fem. Raza:

Dirección actual:   
  
Calle/Nº de Apto.  
  
Ciudad Estado Código postal

Si actualmente usted es residente de Illinois, por favor, liste todas las direcciones anteriores por los últimos cinco años

O Si usted actualmente reside en otro estado, por favor liste todas las direcciones de Illinois que haya vivido anteriormente en Illinois.

Calle/Nº de Apto./Ciudad/Condado/Estado/Código postal	Fecha de/a
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detalle el nombre de soltera/o y todos otros nombres por los cuales ha sido conocido/a: (apellido, 1º nombre, 2º nombre)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por este medio yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a realizar una búsqueda en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para determinar si he sido hallado culpable de algun/os incidente/s de abuso y/o negligencia infantil o si he sido involucrado en alguna investigación pendiente. Además doy mi consentimiento para revelar esta información a la agencia que se detalla a continuación.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíelo por correo  por fax  electrónicamente  
Envíelo: Department of Children and Family Service:  
406 E. Monroe – Station # 30  
Springfield, IL 62701  
Por fax a: 217-782-3991  
Por scan o correo electrónico a:  
CFS689Background@illinois.gov

Por favor escriba en letra de imprenta, o utilice letras negrillas o una etiqueta:

\_\_\_\_\_ (Número de fax de la agencia presentando)

\_\_\_\_\_ (Presentando dirección electrónica)

Rockford Public School District 205 (Nombre de la agencia)

Attn: Parent and Community Engagement Department (PACE) (Persona de contacto)

501 Seventh Street, 4th Floor (Dirección)

Rockford, IL 61104 (Ciudad/Estado/C.P.)

**Imprimir**