



Distrito Escolar Eugene 4J
Formato de Verificación de Antecedentes Criminales

Esta información es confidencial y será archivada en forma confidencial.
 (Favor de usar letra de imprenta y completar claramente todas las secciones)

Información del Estudiante:

Escuela(s): _____ No tengo un estudiante en la escuela en 4J

Nombre(s): _____

Información del Padre / Voluntario:

Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

(Se Requiere el Nombre Completo)

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Otros Apellidos (Materno): _____

Licencia de Manejar # & Estado: _____

- A. ¿Ha sido convicto de algún crimen relacionado con drogas o abuso infantil? ___ Si ___ No
- B. ¿Ha sido convicto de algún crimen relacionado con violencia? ___ Si ___ No
- C. ¿Ha sido convicto de una violación seria de tráfico incluyendo DUII (Conduciendo Intoxicado)? ___ Si ___ No
- D. ¿Ha sido convicto de CUALQUIER falta o crimen? ___ Si ___ No
- E. ¿Le han sido presentados cargos criminales por los cuales todavía no ha sido absuelto? ___ Si ___ No
- F. ¿Ha recibido alguna vez una orden de restricción en su contra? ___ Si ___ No

Si contestó "Si" a alguna pregunta, haga favor de completar lo siguiente:

Fecha: _____ País: _____ Estado: _____

Tipo de Ofensa: _____

Explicación: _____

Los hechos presentados en este formato, son verdaderos y completos en lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que información falsa en este formato, se considerará suficiente causa para que no se me considere como voluntario/a. Al firmar este documento, autorizo al Distrito 4J a verificar archivos civiles y criminales.

Firma: _____ Fecha: _____

Para Uso Oficial Solamente

____ Aprobado Por: _____ Fecha: _____
 ____ Enviado A: _____ Fecha: _____
 ____ Desaprobado Por: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar de Eugene 4J
Formulario de Interés para Voluntarios

Nombre: _____
Apellido **Nombre** **Segundo Nombre (es necesario el nombre completo)**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____
Casa **Trabajo** **Mensajes/ Celular/ Buscapersonas**

Correo electrónico: _____

Escuelas para la colocación del voluntario: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Relación con el estudiante: _____

Opciones para el Voluntariado (Por favor indique su área de interés)

Instrucción	Biblioteca	Proyectos Especiales
<input type="checkbox"/> Aula	<input type="checkbox"/> Administrativo/organización	<input type="checkbox"/> Artes y Manualidades
<input type="checkbox"/> Informática	<input type="checkbox"/> Narración	<input type="checkbox"/> Tablón de Anuncios
<input type="checkbox"/> Tutor de Lengua y Literatura	Cafetería	<input type="checkbox"/> Caligrafía
<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Facilitador en el Comedor	<input type="checkbox"/> Vitrina
<input type="checkbox"/> Educación Física	<input type="checkbox"/> Servidor de Comidas	<input type="checkbox"/> Drama
<input type="checkbox"/> Tutor del Idioma Inglés	Oficina	<input type="checkbox"/> Música
<input type="checkbox"/> Tutor Bilingüe/ Intérprete	<input type="checkbox"/> Tareas en General	<input type="checkbox"/> Cuidado de Niños
_____ (idioma/s)	<input type="checkbox"/> Llamadas por teléfono	<input type="checkbox"/> Salidas de Campo
<input type="checkbox"/> Programa para Dotados (TAG)	Otros	<input type="checkbox"/> Recaudación de Fondos
<input type="checkbox"/> Educación Profesional	<input type="checkbox"/> Coordinador de Voluntarios	<input type="checkbox"/> Agradecimiento a los Maestros
<input type="checkbox"/> Necesidades Especiales (Ed.)	<input type="checkbox"/> Exámenes Médicos	
<input type="checkbox"/> Centro de Publicaciones	<input type="checkbox"/> Ayudante en la Enfermería	
<input type="checkbox"/> Programa de Lectura SMART	<input type="checkbox"/> Zona de juegos	
<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Me interesaría dar charlas sobre estos temas: _____		

Información para Emergencias (ponga dos personas a las que debemos contactar en caso de emergencia):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

¿Tiene un hospital de preferencia? Sí No Hospital: _____

¿Tiene alguna condición médica, o está tomando medicamentos de los que debemos tener conocimiento en caso de una emergencia? Sí No

Si respondió sí, por favor explique: _____