



ESCUELAS PÚBLICAS DE MINNEAPOLIS FORMULARIO INFORMATIVO DE VOLUNTARIOS

Servicios Voluntarios de MPS: 2225 E Lake Street, Mpls, MN 55407, (612) 668-3880, fax: (612) 668-3895
http://commed.mpls.k12.mn.us/Vol_Services

NOMBRE: _____
Nombre Apellido Apellido de soltera(o), apodo o nombre que utilizó en el pasado

DIRECCIÓN: _____
Calle (Apt.) Ciudad Estado Código Postal

NÚMERO DE TELÉFONO: _____
Día Noche Correo electrónico

Por favor marque todas las que apliquen:

_____ Estudiante universitario _____ Padre/Miembro de la familia _____ Miembro de la Comunidad

Lo siguiente es opcional y destinado a la presentación de informes y apoyo a los propósitos del programa – las respuestas no determinan la colocación.

Díganos si usted es: (marque todas las que apliquen) _____ Adolescente _____ Adulto _____ “Baby Boomer”(nacido en los años sesenta) _____ Adulto 55+

Áreas de Interés

Rol del voluntario (marque uno o más)

_____ Apoyo a los Aprendices del Idioma Inglés (ELL) (English Language Learning Support) _____ Presentaciones en el salón de clases _____ Apoyo en el salón de clases

_____ Preparación para la Universidad y las Carreras Profesionales _____ Apoyo en el Centro de los Medios de

Comunicación (Media Center) _____ Tutoría Individual _____ Apoyo en la Oficina

_____ No tengo preferencia _____ Otro _____

Materia preferida, especifique:

Niveles de grados que prefiere, especifique:

_____ Niños más pequeños de escuela primaria (K-3) _____ Niños más grandes de escuela primaria (4-5) _____ Escuela intermedia (6-8) _____ Escuela secundaria (preparatoria) (9-12)

_____ Estudiantes adultos

Escuela(s) que prefiere, si alguna:

Razones para hacer voluntariado

Por favor explique porque a usted le gustaría ser voluntario en una escuela o en un lugar educativo.

¿Le preocupa algún aspecto del servicio voluntario con estudiantes jóvenes o adultos?

Nivel Educativo/Experiencia de trabajo

Por favor encierre en un círculo el nivel más alto que haya completado: Escuela Secundaria (Preparatoria) GED
Universidad Estudios de Posgrado

Experiencia de trabajo:

Experiencia de trabajo voluntario:

¿Usted habla algún otro idioma?: _____

Disponibilidad

_____ Durante todo el año escolar -o- Meses (Circule): Oct. Nov. Dec. Ene. Feb. Mar Abril
Mayo

Horario que prefiere: _____ Mañana _____ Tarde Días de la semana que prefiere: L M M J V

¿Cuántas horas a la semana a usted le gustaría ser voluntario? _____ (Se sugiere un mínimo de 2 horas por semana)

Adaptaciones especiales

Por favor haga una lista de las adaptaciones especiales que le gustaría que tengamos en cuenta:

No podemos garantizar que se le proveeremos todas las adaptaciones requeridas.

Contacto de emergencia

En caso de emergencia comunicarse con: _____ Número de teléfono: _____

Referencias

Por favor provea dos referencias (alguna persona que no esté relacionada a usted que le conozca bien como su empleador, pastor o maestro)

Nombres: Número de teléfono diurno:

1 _____

2 _____

La información personal del voluntario que no es clasificada como información pública y es estrictamente confidencial y solo puede ser utilizada en el proceso de colocación del voluntario. La información recopilada en este formulario es utilizada para determinar la colocación adecuada para el voluntario. Usted tiene derecho a no compartir su información, pero si es así, tal vez no podrá ser tomado en cuenta para trabajar como voluntario con los estudiantes en las Escuelas Públicas de Minneapolis.

Historia Criminal

¿Alguna vez ha sido convicto por algún delito o crimen? _____ Si _____ No. Si es así, por favor explique.

Yo entiendo que las Escuelas Públicas del Distrito de Minneapolis es un empleador que ofrece igualdad en la oportunidad y que no discrimina por raza, color, credo, religión, origen, sexo, orientación sexual, estatus marital, estatus relacionado a la asistencia pública, discapacidad o edad en sus programas y actividades.

Yo entiendo que suministrar esta información no garantiza mi aceptación al Programa Voluntario y la asignación del trabajo voluntario está basada en la evaluación provista por los miembros del personal de los Servicios Voluntarios.

Yo entiendo que si yo he proveído información **falsa** y/o he fallado en seguir las normas del programa, se puede negar la aprobación de mi solicitud. Yo entiendo que el distrito puede pedir una revisión de mis antecedentes penales **según lo acordado** al Minnesota Child Protection Background Check Act (ley de la Revisión de los Antecedentes Penales de la Protección de Infantes en Minnesota). Se me proveerá información relacionada a mis derechos y voy a firmar el formulario de autorización apropiado si fuese requerido. He leído y entiendo la Descripción del Trabajo Voluntario adecuado, las Reglas sobre el Acoso Sexual.

Yo entiendo que al firmar este formulario admito que he leído y he entendido la información anterior que aquí se presenta relacionada a la privacidad de los datos de la educación de los estudiantes. Estoy de acuerdo en tratar esos datos como privados y que no divulgaré esta información a nadie, sólo al maestro del estudiante. Si tuviese preguntas, yo me comunicaré con el maestro o con el Coordinador de los Servicios Voluntarios.

Yo entiendo las normas y los procedimientos del distrito para los voluntarios y estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a las Escuelas Públicas de Minneapolis por cualquier acción que yo tome.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor lleve la solicitud completada a la sesión de orientación o a la escuela en donde se encuentre el coordinador de voluntarios.

OFFICE USE ONLY Attn: Volunteer Liaison/Coordinator:

Start Date: _____

_____ Adult 55+ (Fax copy to 83945)

_____ ABE Candidate (email: ellen.lipschultz@mpls.k12.mn.us)

_____ Ref. Check Complete

_____ Background check required

_____ Background check complete