



SUPERVISADO
VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES VOLUNTARIO (GRATIS)
AVISO A LOS VOLUNTARIOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

Entiendo que Plymouth Community School Corporation obtendrá una base de datos de antecedentes penales de la política del estado de Indiana y un informe de la base de datos de delinquentes sexuales basándose en mi información a continuación.

Entiendo que si mi Solicitud de Voluntario es aprobada por la Corporación Escolar Comunitaria de Plymouth, acepto cumplir con todas las políticas y pautas administrativas relevantes de la Junta Escolar mientras esté de servicio para la Corporación. Entiendo que, aunque estoy cubierto por la póliza de seguro de responsabilidad de la Corporación, no estoy cubierto por su póliza de seguro médico ni soy elegible para recibir compensación laboral. Si me enfermo o sufro un accidente mientras hago trabajo voluntario para la Corporación, aceptó que seré responsable de todos y cada uno de los gastos médicos y hospitalarios que puedan acumularse.

Entiendo además que, como voluntario, de ninguna manera se me considera un empleado de la Corporación ni tengo derecho a ningún beneficio proporcionado a los empleados. Además, libero a la Junta de toda responsabilidad por cualquier daño, cualquiera que sea su naturaleza, que pueda resultar como consecuencia de mis servicios voluntarios.

He recibido y revisado la Política de verificación de antecedentes penales de padres voluntarios. Entiendo que la Corporación Escolar Comunitaria de Plymouth requiere una verificación de antecedentes anual para cada voluntario y que puedo ser descalificado y prohibido ser voluntario en cualquier escuela dentro de la corporación según los resultados de esta verificación de antecedentes. También entiendo que, mientras sirvo como voluntario, debo notificar a la administración de la escuela si me arrestan o si se presentan cargos penales en mi contra.

Al firmar a continuación, yo, _____, he leído, entiendo y doy mi consentimiento a lo anterior. Además, autorizo que una copia fotográfica o un facsímil telefónico de este documento sea válido para fines presentes y futuros. Mi firma a continuación certifica que toda la información que he proporcionado en relación con esta verificación de antecedentes es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender.

AUTORIZACIÓN

Nombre en letra de molde (primero, segundo nombre, apellido) _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Dirección _____

Genero: M F

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para uso de oficina

(A ser completado por los Asistentes Administrativos del edificio)

Este formulario debe usarse para voluntarios que siempre están supervisados y no reciben pago de PCSC.

Identificación verificada mediante una identificación con fotografía emitida por el gobierno.: _____

Licencia de conducir Otro tipo de identificación: _____ (Adjuntar copia)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de la Excursión o Evento: _____

Escuela/Locación: _____ Verificado por: _____