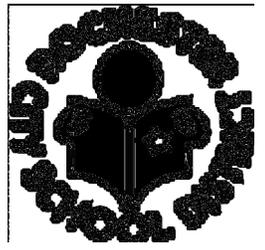


Solicitud de Programa de Asociaciones

Juntos Podemos Construir una Base para Todos los Estudiantes



Información personal

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Número de teléfono del hogar _____ Número de teléfono del celular _____
 Número de teléfono del trabajo _____ Correo electrónico _____
 Lugar de empleo _____

Contacto de emergencia

Nombre de persona contacto _____
 Número de teléfono _____

Información sobre educación

Nivel de educación	Nombre de la escuela	Cantidad de años	Grado
Escuela Superior			
Colegio			
Escuela Graduada			
Ph.D./ Ed.D.			
Otro			

Destrezas especiales (Marque todas las que se aplican)

Tengo las siguientes destrezas para trabajar con estudiantes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Idioma extranjero |
| <input type="checkbox"/> Narración de cuentos | <input type="checkbox"/> Artes/Artesanías |
| <input type="checkbox"/> Planificación de eventos | <input type="checkbox"/> Música |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Información sobre voluntariado (Marque todas las que se aplican)

Actividad sobre voluntariado	Tiempo como voluntario	Grupo de edad	Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Mentor	<input type="checkbox"/> Días de semana solamente	<input type="checkbox"/> La edad no importa	<input type="checkbox"/> En un ruta de autobús
<input type="checkbox"/> Tutor - Áreas de interés:	<input type="checkbox"/> Fines de semana solamente	<input type="checkbox"/> Preescolar/Kindergarten	<input type="checkbox"/> Cualquier escuela de la ciudad
<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Mañana _____ a _____	<input type="checkbox"/> Elemental K-6	<input type="checkbox"/> Escuela seleccionada
<input type="checkbox"/> Tecnología	<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ a _____	<input type="checkbox"/> Secundaria 7-12	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Ciencia	<input type="checkbox"/> Tarde _____ a _____	<input type="checkbox"/> Programa de adultos	
<input type="checkbox"/> Inglés/ Artes del idioma	<input type="checkbox"/> Noche _____ a _____		
<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Durante el año escolar		
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Verano		
<input type="checkbox"/> Lector	<input type="checkbox"/> 12 meses		

¿Por qué quiere ser voluntario? _____

Verificación de antecedentes penales

¿Ha sido convicto de un crimen alguna vez? Sí No

En caso afirmativo, favor de describir completamente la condena(s) anotando la naturaleza de la ofensa(s), su edad en el momento del delito y su rehabilitación desde la convicción(o convicciones). (Un récord de convicción no será necesariamente un factor disuasivo para hacer trabajo voluntario.)

Referencias

Nombre _____ Dirección _____ _____ Núm. de teléfono _____ Dirección de email _____ Relación con usted _____	Nombre _____ Dirección _____ _____ Núm. de teléfono _____ Dirección de email _____ Relación con usted _____	Nombre _____ Dirección _____ _____ Núm. de teléfono _____ Dirección de email _____ Relación con usted _____
--	--	--

Certificación (Marque todas las que se aplican)

Entiendo lo siguiente:

- La aceptación voluntaria será en base introductoria de 3 meses
- Si soy aceptado para una asignación voluntaria con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, estoy de acuerdo en acatar las Reglas, Regulaciones y el Código de Conducta del Distrito.
- La información contenida en esta solicitud está completa y es fiel hasta donde tengo conocimiento
- Cualquier falsedad u omisión de hechos será causa para despido inmediato
- Estoy de acuerdo en asistir, antes de comenzar mis servicios voluntarios, a la sesión de orientación requerida por el DECR.
- Estoy de acuerdo en asistir a otras sesiones de entrenamiento requeridas por el DECR durante el año.
- Si soy aceptado para una asignación como voluntario, se espera que yo observe confidencialidad con respecto a toda la información que quizás posea acerca de mis interacciones con el DECR, sus estudiantes, familias, y cualquier conocimiento de los contenidos en lo records confidenciales.

Doy mi permiso para pasar esta información a las escuelas donde mis habilidades e intereses puedan ser mejor utilizados.

Firmado por _____ Fecha: _____

Favor de devolver la solicitud completada a:
Nydia Padilla-Rodriguez, Director of Community Partnerships
Rochester City School District, 131 W. Broad Street, Rochester, NY 14614
Para más información, favor de llamar al 262-8133 o email: nydia.padilla@rcsdk12.org