

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES DEL SOLICITANTE

ESTE FORMULARIO DEBE INCLUIRSE CON LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES 581-2281-N PARA EL FORMULARIO DE PRE-EMPLEO Y VOLUNTARIADO, JUNTO CON UN CHEQUE A NOMBRE DE LA ESCUELA POR LA CANTIDAD DE \$5.00 POR SOLICITANTE. TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ENVIARSE POR CORREO AL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE OREGON, DE LO CONTRARIO SE DEVOLVERÁN.

Por favor, escriba o imprima claramente.

Como aparece en la licencia

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: _____
(Name) (Apellido) (Segundo nombre) MM/DD/AA

Indique otros nombres que haya utilizado anteriormente: _____
(incluye el nombre de soltera)

Núm. de seguro social: _____ Núm. de Licencia de conducir/identificación: _____

Proporcionar su número de seguro social en este formulario es opcional. Si decide no proporcionar su número de seguro social, esto no será una base para la negación. Si proporciona su número de seguro social, el Departamento de Educación de Oregon lo utilizará como un identificador adicional para buscar cualquier antecedente penal que pueda tener dentro del Estado de Oregon. Su número de seguro social se utilizará como se indicó anteriormente. Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros.

Dirección postal: _____
Dirección completa/Apartado postal

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal + 4: _____

A. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito de índole sexual? [] Sí [] No

Si la respuesta es afirmativa, ¿la condena fue en Oregon o en otro estado? (Por favor, especifique si esto ocurrió en otro estado.)

Estado: _____

En caso afirmativo, ¿el crimen involucró fuerza o menores? [] Sí [] No

B. ¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen que involucró violencia o amenazas de violencia? [] Sí [] No

Si la respuesta es afirmativa, ¿la condena fue en Oregon o en otro estado? (Por favor, especifique si esto ocurrió en otro estado.)

Estado: _____

C. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito relacionado con actividades delictivas con drogas o bebidas alcohólicas? [] Sí [] No

Si la respuesta es afirmativa, ¿la condena fue en Oregon o en otro estado? (Por favor, especifique si esto ocurrió en otro estado.)

Estado: _____

D. ¿Alguna vez ha sido condenado por algún otro delito, excepto una infracción de tránsito menor? (Incluye delitos de tráfico) [] Sí [] No

E. ¿Ha sido arrestado en los últimos tres años por un delito para el cual todavía no ha habido una absolución o exoneración? [] Sí [] No

Advertencia: El Departamento de Educación de Oregon hará una verificación en el estado de los antecedentes penales del solicitante para verificar la veracidad de las respuestas a las preguntas anteriores. Si responde no a cualquiera de las preguntas anteriores y existe una declaración de culpabilidad, esto dará como resultado una determinación de "NO" por parte de ODE.

Por la presente, autorizo al Departamento de Educación de Oregon para revisar los registros civiles o penales para verificar cualquier declaración hecha en este formulario con el propósito de pre-empleo y/o voluntariado en una escuela o institución de Oregon.

Confirmo haber recibido y haber leído este aviso.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

**OAKRIDGE SCHOOL DISTRICT
VOLUNTEER APPLICATION/AGREEMENT**

NAME: _____

DRIVER'S LICENSE #: _____

ADDRESS: _____

HOME PHONE: _____

WORK PHONE: _____

CELL PHONE: _____

Volunteer's activities shall be carried out at _____

The District employee to whom the volunteer shall report is _____

The Volunteer's activities are described and set forth in Exhibit "A" attached.

VOLUNTEER ACKNOWLEDGEMENT

I, _____ agree to volunteer for Oakridge School District and agree to the following: (Please initial each statement).

_____ I have full knowledge of any risks involved in this activity.

_____ I am physically fit and sufficiently trained to participate in this activity.

_____ I will follow all policies and procedures applicable to this activity.

_____ I understand that I am a volunteer and have no medical coverage provided by the District if I am hurt or injured.

_____ I understand that as a volunteer, I am not covered by the District's workers compensation policy.

_____ If I am unable to fulfill this agreement, I will notify the District at least 24 hours in advance.

_____ If I am under 18 years of age, my parent/guardian approved my participation.

_____ (Parent initial here)

I hereby certify that this application contains no misrepresentations or falsifications and that the information given is true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that misrepresentation or omission of facts called for in this application is cause for cancellation of application and/or dismissal from the program. I authorize Oakridge School District to make any necessary and appropriate investigations to verify the information contained herein.

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE

COORDINATOR