



The School Volunteer Program

Por favor marque una: PADRES (Con hijos en la escuela) ESTUDIANTE* (K-12 LAUSD) COMUNIDAD (Otro Adultos) D.O.V.E.S.** (Edad de 55+) Personal: (LAUSD Empleados)

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL: Date application received: Month ___ Day ___ Year ___ New Volunteer: ___ Continuing Volunteer: ___ Previous School Name ___ Year: ___ If Volunteer Is A LAUSD Employee Please Submit (his/her) Employee Number: ___ Assigned School to: ___ District/Division ___ Date of Skin Test: Month ___ Day ___ Year ___ / Date of X-Ray: Month ___ Day ___ Year ___ Volunteer's Assignment: ___ Classroom Number ___ Volunteer Coordinator: _____

TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL VOLUNTEER PROGRAMS OFFICE: Circle: MAILING LIST (date) ___ ID SENT (date) ___ (by) _____

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA o A MAQUINA la siguiente información y envíela a: Los Angeles Unified School District School Volunteer Programs 333 Beaudry Avenue, Suite B2-216 Los Angeles, CA 90012 (213) 241-6900 Fax: (213) 241-8974



Marque con un círculo solamente uno: Sr. Sra. Srta. Otro: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____ Teléfono: () _____

Teléfono de negocios: () _____ Fecha de Nacimiento: _____ mes _____ día _____ año

Teléfono de negocios: () _____ Fecha de Nacimiento: _____ mes _____ día _____ año

En caso de una EMERGENCIA. Por favor llame a: _____ Teléfono: () _____

¿Como fue reclutado? Marque con un círculo: Periódico Radio Escuela Volante TV Otro _____

Educación y Experiencia:

Nivel de educación obtenido: _____ Idiomas que habla: _____

Experiencia de trabajo: _____

Si está empleado, ¿donde? _____ Ocupación _____

Si está jubilado, ¿desde cuándo?: _____

Experiencia como voluntario: _____

Dónde preferiría colaborar (Por favor marque con un círculo):

Donde se me necesite Cerca de casa Puedo ayudar: Mañana Tarde Noche

Días de la semana en que puedo ayudar: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Máximo de horas que puedo ayudar por día: _____

Preferencias para servir como Voluntario (Por favor marque con un círculo):

Puedo ayudar en: Lectura Inglés Matemáticas Ciencias Sociales Idioma Extranjero Arte Biblioteca

Música LECTOR ITINERANTE Ciencias Trabajo de oficina Computadoras Otros _____

La edad de estudiantes que prefiero: Preescolar y Kinder Prim. (1-3) Prim. (4-5) Media Secundaria Adultos

Programas especiales: Educación para adultos Después de clase Centro de niños Continuación Educación Especial

SRLDP Inglés como segundo idioma Servicios de salud Escuela Especializada Otro: _____

Es un requisito de la Junta de Educación que todo empleado y voluntario escolar se someta a la prueba de la tuberculosis cada cuatro años. Los voluntarios deberán presentar el informe de resultados negativos de estas pruebas, las cuales no deberán haber sido obtenidas más de seis meses antes del servicio voluntario. La prueba inicial deberá ser la prueba cutánea de Mantoux. Las pruebas de los voluntarios pueden ser realizadas por sus médicos particulares o por uno de los Centros de Salud del Condado de Los Angeles. Los estudiantes del LAUSD de Kinder al grado 12 están exentos de someterse a esta prueba. Los voluntarios cuyas solicitudes se encuentran archivadas en esta oficina están protegidos por el Seguro de Compensación Laboral (Worker's Compensation Insurance).

Declaro, so pena de perjurio y según lo estipula el Artículo 35021 del Código de Educación que no se me exige registrarme por delitos de índole sexual conforme al Artículo 290 del Código Penal

Mi firma: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Escuela: _____

*Firma del padre (sólo para estudiantes de Kinder al grado 12 del LAUSD): _____