



Estimados Padres y Familias,

Gracias por ser voluntario en las Academias de Bella Mente Montessori. Apreciamos su tiempo y talento. Debajo usted encontrará una lista de requerimientos antes que pueda comenzar como voluntario. Por favor complete los requisitos y entregue a Brandy Albanese en la oficina principal. Todos los padres que son voluntarios por primera vez requieren de una orientación. Orientaciones son cada primer Miércoles de cada mes a las 9:15 de la mañana y 6:30 de la tarde.

- Aplicacion para ser Voluntario (adjunto)
- Código de Conducta para el Voluntario (adjunto)
- Solicitud de chequeo de record (Live scan) (adjunto)
 - Copia de el record completo entregado con el paquete _____
- Copia de Identificación _____ (Fecha de Vencimiento)
- Resultados de la prueba de Tuberculosis _____ (Fecha de Vencimiento)

** Los siguientes requisitos necesarios son si usted desea ser voluntario para manejar.

- Conductor Voluntario para transportar estudiantes (adjunto)
- Solicitud de record de manejo
<https://www.dmv.ca.gov/online/dr/welcome.htm>
- Copia del registro para el vehículo
- Aseguranza del Vehículo

Gracias de nuevo. Si usted tiene alguna pregunta, puede contactar a Brandy Albanese al 760-621-8948 o por correo electrónico balbanese@bellamentecharter.org



Solicitud para ser Voluntario escolar

La información prevista en esta solicitud es confidencial y solo será usada para fines relacionados con ser voluntario.

Fecha: _____

Nombre completo: _____
(primero) (segundo) (apellido)

Dirección: _____
(numero de calle) (Ciudad) (estado) (código postal)

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Teléfono de trabajo: _____

Número de Licencia: (copia de la licencia adjunto)

Usted tiene hijos o nietos en esta escuela _____ Sí _____ NO

Que grados y nombre de maestra(o): _____

Previo experiencia de voluntario: _____

Contactos en caso de emergencia: _____
(nombre) (dirección) (teléfono)

(nombre) (dirección) (teléfono)

Tiene usted algún procedimiento legal en contra de su persona? _____ Sí _____ NO

Ha sido condenado por un delito grave? _____ Sí _____ NO

Condenado por abuso sexual, por drogas, o violencia? _____ Sí _____ NO

Tiene usted licencia para o credencial para practicar en la salud mental? _____ Sí _____ NO

Es requerido registrarse con delincuente sexual bajo el código penal 290,95? _____ Sí _____ NO

"Entiendo que el distrito puede investigar mi experiencia personal y profesional. Doy permiso para que mi investigación de referencia personal y profesional mantenga al distrito y a cualquier persona que proporcione al distrito información inofensiva. También entiendo que pueden hacer un chequeo de antecedentes penales por cumplimiento de la ley si sirvo como voluntario. Es posible que, como voluntario, pueda tener un contacto más que ocasional o poco frecuente con los estudiantes. De acuerdo con el código penal, estoy obligado a revelar a los funcionarios escolares si soy un delincuente sexual registrado. Mi falta de revelación de este hecho podría resultar en mi arresto, enjuiciamiento, multa y encarcelamiento. Al colocar mi nombre a continuación, declaro bajo pena de perjurio, que no soy un delincuente sexual registrado, y que no he sufrido convicciones por sexo, drogas o delitos de violencia y que no hay cargos penales pendientes contra mí. Estoy de acuerdo en cumplir con las normas y reglamentos de seguridad, salud y regulaciones del distrito."

Nombre letra molde: _____ Firma: _____

Fecha: _____

For office use only: Megan's Law check date: _____ Initial _____ TB Check-date _____ Initial _____

Código de Conducta para el Voluntario

Como voluntario, acepto cumplir con el siguiente código de conducta para voluntarios:

- Inmediatamente a mi llegada me reportare a la oficina o lugar designado.
- Usare y llevaré puesta visible mi identificación de voluntario siempre
- Solo usare el baño de adultos que está localizado en primer piso del edificio con 2 pisos.
- Estoy consciente que nunca debo de estar a solas con un estudiante solo
- NO solicitare ningún contacto con los estudiantes fuera de la escuela.
- Intercambiaré información solo con la aprobación de los padres y administrativa y sólo si es necesario como parte de mi función como voluntario. Estoy de acuerdo en no intercambiar números de teléfono, domicilio, direcciones de correo electrónico u otra información del directorio personal con los estudiantes para ningún otro propósito.
- Mantendre la confidencialidad fuera de la escuela y compartiré cualquier inquietud que pueda tener con los maestros y administradores escolares.
- Estoy de acuerdo que no debo de transportar estudiantes sin el permiso escrito de los padres/tutores o sin el permiso expresado de la escuela
- Estoy de acuerdo que no anunciare, transmitiré, publicare, o presentare dañino, obsceno, disruptivo, o sexual que pueda ser visto como acoso
- No a fumar tabaco, tomar alcohol, sustancias controladas, poseer explosivos, o armas dentro de la escuela
- Mi comportamiento será el solo en beneficio personal y educacional de cada estudiante con el que esté en contacto
- Estoy de acuerdo que es mi deber reportar a la persona indicada de Bella Mente si un estudiante está en peligro de lastimar a sí mismo o a alguien más
- Estoy de acuerdo que tratare a todo el personal y los estudiantes con toda dignidad y respeto

Yo prometo seguir El Código de Conducta para Voluntarios de Bella Mente siempre o de inmediato renunciar como voluntario.

Firma de Padre

Fecha



REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

Print Form

Reset Form

Applicant Submission

AG949
ORI (Code assigned by DOJ)

Volunteer
Authorized Applicant Type

Type of License/Certification/Permit OR Working Title (Maximum 30 characters - if assigned by DOJ, use exact title assigned)

Contributing Agency Information:

Bella Mente Charter School
Agency Authorized to Receive Criminal Record Information
1737 West Vista Way
Street Address or P.O. Box
Vista CA 92083
City State ZIP Code

18142
Mail Code (five-digit code assigned by DOJ)
Erin Feeley
Contact Name (mandatory for all school submissions)
7608209501
Contact Telephone Number

Applicant Information:

Last Name
Other Name (AKA or Alias) Last
Date of Birth Sex Male Female
Height Weight Eye Color Hair Color
Place of Birth (State or Country) Social Security Number
Home Address or P.O. Box

First Name Middle Initial Suffix
First Suffix
Driver's License Number
Billing Number (Agency Billing Number)
Misc. Number (Other Identification Number)
City State Address Street ZIP Code

Your Number: _____
OCA Number (Agency Identifying Number)

Level of Service: DOJ FBI

If re-submission, list original ATI number:
(Must provide proof of rejection)

Original ATI Number

Employer (Additional response for agencies specified by statute):

Employer Name
Street Address or P.O. Box
City State ZIP Code

Mail Code (five digit code assigned by DOJ)
Telephone Number (optional)

Live Scan Transaction Completed By:

Name of Operator
Transmitting Agency LSID

Date
ATI Number Amount Collected/Billed