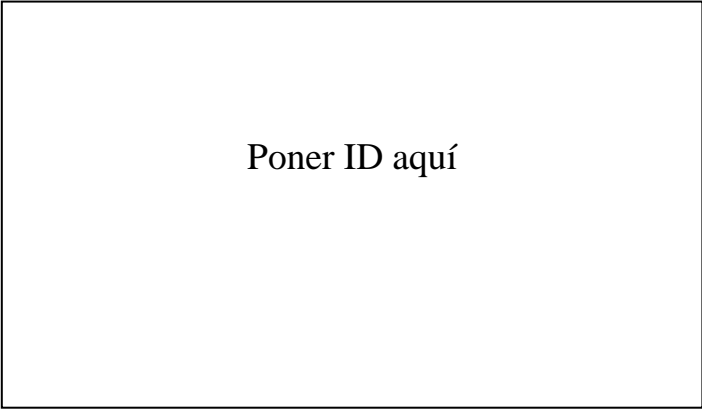




AÑO ESCOLAR

ESCUELA

VIPS APLICACION
Voluntarios en Escuelas Públicas



Esta aplicación debe de ser completada por **todo el voluntariado**.

Esta aplicación está para los voluntarios solamente y no para un empleado (pagado por hora) no-exento del Distrito Escolar de El Paso.

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Apodo)

Domicilio _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Adjuntar una copia de una identificación con foto oficial (licencia o identificación de Texas) que muestre su fecha de nacimiento.

¿Es usted un empleado de EPISD? ___ No ___ Si Donde _____ /Tareas _____

El empleado "POR HORA" debe usar la Forma de Participación

¿Militar Activo? ___ No ___ Si Correo electronico _____

ES TU RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR A LA OFICINA DE VIPS SI USTED SE CONVIERTE EN UN EMPLEADO DE EPISD DURANTE EL AÑO ESCOLAR.

| | | | |
|---|------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Trabajo de preferencia en VIPS (por favor numere sus preferencias): | | | |
| ___ Asistente en el Salón de Clases | ___ Año preferido | ___ Área de recreación | ___ Otros |
| ___ Biblioteca | ___ Trabajo de oficina | ___ Habilidades Especiales | (por favor especifique) |
| ___ Tutor | ___ Cafetería | ___ Área(s) de Enseñanza | |
| ___ Acompañante para Viaje de Estudios | | | |

Entiendo que al aplicar para participar en el Programa VIPS cedo todo mis derechos de recibir compensación por cualquiera de mis servicios. No he sido presionado u obligado a realizar servicios voluntarios para PTA y Clubs Booster o alguna organización similar o a firmar esta aplicación.

Permiso Para Revisión de Antecedentes: Sección 22.083 del Código Educativo del Estado de Texas requiere que todos los voluntarios firmen la siguiente declaración de consentimiento y entreguen una copia de una identificación (Licencia o Identificación de Texas) oficial con foto el cual muestre su fecha de nacimiento.

Entiendo y autorizo que El Paso ISD obtenga cualquier información de historial criminal que se relacione a mí. Estoy de acuerdo que la información obtenida no será parte de mi archivo si soy aprobada a ser un VIPS por el distrito. Estoy de acuerdo que la información obtenida no será revelada a mí y será tratada confidencialmente por el Distrito, y declino cualquier derecho a ver la información obtenida.

Firma del Director Fecha

Firma del Voluntario Fecha

Original es para la Oficina VIPS/Copia es para el Campo