# Solicitud de Voluntario/ Interno
# Distrito Escolar Independiente de Clint

**14521 Horizon Blvd., El Paso, TX 79928**
**Teléfono (915) 926-4066 Fax (915) 926-4069**
**www.clintweb.net**

Seleccione solo uno
☐ Voluntario
☐ Interno

***Nota: Favor de permitir dos semanas para procesar esta solicitud***

## Datos Personales

**Nombre:** _____
**(Apellido)** **(Nombre)**

**Dirección:** _____
**(Calle/Apartado Postal)** **(Ciudad)** **(Estado)** **(Código Postal)**

**Teléfono:** _____ **Correo Electrónico:** _____

## Información Adicional

**Fecha de Nacimiento:** _____ **Numero de Seguro Social:** _____

**Sexo:** _____ **Numero de Licencia de Manejar:** _____
**(Masculino/Femenino)** **(Estado y Número)**

**¿Tiene antecedentes penales o felonías? Si** ☐ **No** ☐ **Etnicidad: Hispano** ☐ **Blanco** ☐ **Afro-Americano** ☐ **Otro:** ☐ _____

## Información del distrito

**El solicitante es:**

☐ **Padre** ☐ **Alumno de Colegio** ☐ **Negociante**

☐ **Miembro de la Comunidad** ☐ **Empleado del Distrito** ☐ **Otro:** _____

**Quisiera darme de voluntario en las siguientes áreas: (marque todas las que apliquen)**

☐ En el salón ☐ Excursiones ☐ Interno ☐ Biblioteca ☐ Taller de Trabajo ☐ Feria de Libros
☐ Observar alumnos ☐ Club de Apoyo ☐ Patio de recreo ☐ Actividad Atlética ☐ Eventos especiales ☐ Venta de concesión
☐ Oficinas escolares ☐ Monitor escolar ☐ Padre de Salón ☐ Oficina Central ☐ Otro _____

**Preferencias Escolares:**

☐ **Todo el distrito** ☐ **Primaria:** _____ ☐ **Secundaria:** _____ ☐ **Preparatoria:** _____

**Nombre de hijos que asisten a las Escuelas del Distrito Clint:**

**Nombre Completo:** _____ **Escuela:** _____

**Nombre Completo:** _____ **Escuela:** _____

**Nombre Completo:** _____ **Escuela:** _____

## Firmas

*Al firmar, doy mi consentimiento voluntariamente a una revisión de antecedentes criminales según el Código Educativo de Texas § 22.0835. Entiendo que la información obtenida como resultado de esta revisión de antecedentes criminales puede descalificar mi participación como voluntario o interno con el Distrito Escolar de Clint. Yo estoy conforme con todas las pólizas y procesos del Distrito Escolar de Clint.*

*Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta y entiendo que cualquier malentendido e omisión de información puede descalificarme. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar y cuestionar información negativa que pueda impactar mi solicitud. Además, no culpo al Distrito Escolar de Clint, sus agentes, empleados, o directores de responsabilidad, reclamos, causes de acción, o gastos que se atribuyan a mi participación como voluntario o interno y/o cualquier responsabilidad de mis antecedentes criminales o cualquier acción que se tomo como resultado de la información obtenida dentro de la revisión de mis antecedentes criminales.*

***Los voluntarios deben notificar a su director de la escuela o los servicios de personal dentro tres días seguidos de cualquier arresto, acusación, convicción, concurso o no declaración de culpabilidad, o adjudicación de cualquier otro delito grave.***

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

## Uso exclusivo del Departamento de Personal del Distrito Escolar de Clint

**Registro de Historia**
☐ Aprobado ☐ No Aprobado

Fecha de revisión de registro historial: _____ Director/Asistente: _____
(Nombre impreso)

# DPS Computerized Criminal History (CCH) Verification

## (AGENCY COPY)

I, _____ , have been notified that a Computerized Criminal
APPLICANT or EMPLOYEE NAME (Please print)
History (CCH) verification check will be performed by accessing the Texas Department of Public Safety Secure Website and will be based on name and DOB identifiers I supply.

Because the name-based information is not an exact search and only fingerprint record searches represent true identification to criminal history, the organization conducting the criminal history check for background screening is not allowed to discuss any criminal history record information obtained using the name and DOB method. Therefore, the agency may request that I have a fingerprint search performed to clear any misidentification based on the result of the name and DOB search.

For the fingerprinting process I will be required to submit a full and complete set of my fingerprints for analysis through the Texas Department of Public Safety AFIS (Automated Fingerprint Identification System). I have been made aware that in order to complete this process I must make an appointment with L1 Enrollment Services, submit a full and complete set of my fingerprints, request a copy be sent to the agency listed below, and pay a fee of $24.95 to the fingerprinting services company, L1 Enrollment Services.

Once this process is completed and the agency receives the data from DPS, the information on my fingerprint criminal history record may be discussed with me.

**(This copy must remain on file by your agency. Required for future DPS Audits)**

_____
Signature of Applicant or Employee

_____
Date

_____
Agency Name (Please print)

_____
Agency Representative Name (Please print)

_____
Signature of Agency Representative

_____
Date

**Please:**
**Check and Initial each Applicable Space**

CCH Report Printed:

YES ☐ NO ☐ _____ initial

Purpose of CCH: _____

Hire ☐ Not Hired ☐ _____ initial

Date Printed:_____ _____ initial

Destroyed Date:_____ _____ initial

**Retain in your files**

Rev. 02/2011