



CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR VERIFICACIONES DE ANTECEDENTES

Voluntarios Tenga en cuenta: Todos los voluntarios que trabajan en contacto directo con los estudiantes de ECISD deben completar el consentimiento para realizar la verificación de antecedentes y los formularios de verificación de historial criminal computarizado (CCH) de DPS. Su información personal no se compartirá con ninguna organización externa.

Apellido _____ Nombre _____ Nombre Medio _____

Doncella y/u Otros Nombres Usados _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____ Raza _____

El solicitante debe proporcionar al menos uno de los siguientes:

Número de licencia de conducir _____

Número de identificación emitido por el estado _____

O Número de Seguro Social _____

I, _____, soy un solicitante de voluntariado dentro del Distrito Escolar Independiente del Condado de Ector y se le ha advertido que, como parte del proceso de solicitud, ECISD llevará a cabo una verificación de antecedentes. Por la presente doy mi consentimiento para que ECISD utilice cualquier información proporcionada durante el proceso de solicitud para realizar la verificación de antecedentes. ECISD me ha informado de que tengo el derecho de revisar y impugnar cualquier información negativa que afecte negativamente a una decisión de ofrecer una asignación de voluntariado. Además, se me ha informado de que tendré una oportunidad razonable para aclarar cualquier información errónea comunicada dentro de un plazo razonable establecido a la sola discreción de ECISD.

Las siguientes son mis respuestas a preguntas sobre mis antecedentes (si las hay) con explicaciones a cualquier pregunta con una respuesta SI:

1. ¿Alguna vez ha sido condenado o acusado de un delito grave o delito menor o recibido libertad condicional o adjudicación diferida? SI NO
En caso afirmativo, sírvase proporcionar una explicación: _____
2. ¿Alguna vez ha sido condenado por algún delito criminal en un condado fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos? SI NO
En caso afirmativo, sírvase proporcionar una explicación: _____
3. A partir de la fecha de esta autorización, ¿tiene algún cargo criminal pendiente en su contra?
SI NO
En caso afirmativo, sírvase proporcionar una explicación: _____

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta autorización es verdadera, correcta y completa. Entiendo que, si alguna información resulta ser incorrecta o incompleta, ese motivo para la cancelación de todas y cada una de las ofertas de voluntariado existirá y podrá ser utilizada a discreción de ECISD.

Firma del solicitante: _____ Fecha ____/____/____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Escuela(s) en la que desea ser voluntario: _____

Programa(s) que desea participar: (marque todo lo que corresponda)

- Voluntarios
- Organización(es) del Club de Padres-Enseñar/Booster
- Observador académico con la universidad/universidad

Gracias por su interés en el voluntariado dentro de ECISD. Por favor envíe su solicitud completa a:

Debbie Lieb
ECISD Voluntarios y Socios
P.O. Box 3912
Odessa, Texas 79760
(432) 456-9012