

Los Angeles Unified School District
School Volunteer Application

PADRES (Con hijos en la escuela) ESTUDIANTE* (K-12 LAUSD) COMUNIDAD (Otro Adulto) D.O.V.E.S.** (Edad 55+) Personal (Empleado de LAUSD) ORG/Socios (Aparte de LAUSD)

TO BE COMPLETED BY LAUSD SCHOOL PERSONNEL OR PARTNERSHIP/ORGANIZATION: Date application received by coordinator: Month Day Year New Volunteer: Continuing Volunteer Previous School Name Year: If volunteer is a LAUSD employee please submit (his/her) employee number: Organization / Partnerships: School volunteer is assigned to: District/Division Date of skin test: Month Day Year / Date of X-Ray: Month Day Year Volunteer's assignment: Classroom number Student name: Volunteer Coordinator: TO BE COMPLETED BY THE PARENT COMMUNITY SERVICES BRANCH: MAILING LIST (date) WELCOME LETTER AND ID SENT (date) (by)

Estimados Voluntarios

Con el fin de diligenciar su solicitud, por favor entregue este formulario con los resultados de su examen de tuberculosis a su escuela. Es necesario registrar a todos los voluntarios escolares con el Centro de Recursos para la Escuela, la Familia y la Comunidad de manera que lo puedan considerar bajo la cobertura de la póliza del Seguro de Compensación al Trabajador de LAUSD en caso de sufrir algún daño en instalaciones escolares.

Marque con un círculo Sr. Sra. Srta. Otro: Primer Nombre:

Apellido: Dirección: Ciudad: Estado:

Zip: Teléfono: (): Teléfono de negocios: (): Fecha de Nacimiento: :

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

Dos referencias (que no sean parientes):

Nomre: Dirección: Ciudad: Estado: Tel: ()

Nomre: Dirección: Ciudad: Estado: Tel: ()

¿Como fue seleccionado? (Por favor marque con círculo): Periódico Radio Escuela Volante TV Red Electrónica/Internet

Otro Educación y Experiencia: Nivel de educación obtenido: idiomas que habla:

Experiencia de trabajo:

¿Está empleado? ¿Adonde? Ocupación

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 Ciencias Trabajo de oficina Computadoras Otros

Nivel escolar que prefiero: Preescolar y Kinder Primaria. (1-3) Primaria. (4-5) Secundaria (6-9) Secundaria (10-12) 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 realizados por sus médicos particulares o por uno de los Centros de Salud del Condado de Los Ángeles. Los estudiantes del LAUSD de Kinder al grado 12 están exentos de someterse a esta prueba.

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. Entiendo que, de acuerdo con la política del Distrito, administradores escolares verificarán esta información con la base de datos de la Ley Megan de California.

Mi firma: Fecha:

Firma del Director: Escuela:

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

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Boletín 4841

Formulario del médico/clínica de Tuberculosis

Fecha: _____

Estimado Voluntario,

Ningún voluntario puede tener tuberculosis activa al inicio de su trabajo. La prueba epidérmica de tuberculosis (Mantoux) es obligatoria, según el Código de Salud y Seguridad de California §121545, la prueba TB para Voluntarios de Escuelas. Esto se tiene que hacer dentro de los 6 meses previos al inicio del servicio voluntario. No se aceptan exámenes de punción múltiple Si la prueba de Mantoux resulta positiva, se exigirán radiografías del pecho. No se aceptan radiografías tomadas antes del resultado positivo de la prueba Mantoux.

Por favor lleve este formulario a un médico privado, a una clínica o a una entidad de salud pública. Si no puede cubrir la tarifa que cobra la entidad de salud pública, se le puede exceptuar de hacer ese pago.

 Director
Para uso del médico/clínica solamente:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

No hay evidencia de Tuberculosis activa según el resultado de

_____ Prueba epidérmica MANTOUX (5 TU PPD)

_____ Radiografía de pecho (Solo se acepta si la prueba MANTOUX resultó positiva)

Fecha en que se administró _____ Fecha de lectura: _____ Fecha de la radiografía: _____

Administrado por: _____ Resultado (mm) _____

Impresión de rayos X _____

_____ Resultado positivo de la prueba MANTOUX

 Firma del Médico

 Fecha en que se firmó el reporte

 Nombre en imprenta del médico

 Grado/Título

 Número de Licencia

Dirección de la entidad

 Calle

 Ciudad

 Código postal

Teléfono (____) _____

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT****CLINIC SITES FOR TUBERCULOSIS SCREENING****Los Angeles Area**

<u>Name</u>	<u>Address</u>	<u>Zip</u>	<u>Phone</u>	<u>Fee</u>
CENTRAL HEALTH CENTER	241 N. Figueroa St., L.A	90012	(213) 240-8204	Free
HOLLYWOD/WILSHIRE HEALTH CTR	5205 Melrose Ave., L.A.	90038	(323) 769-7808	Free
HOLLYWOOD SUNSET FREE CLINIC	3504 W. Sunset Blvd., L.A.	90026	(323) 660-2400	Free
LOS ANGELES FREE CLINIC	6043 Hollywood Blvd., L.A.	90028	(323) 462-8632	Free
LOS ANGELES FREE CLINIC	8405 Beverly Blvd., L.A.	90048	(323) 653-8622	Free
LONG BEACH CITY HEALTH DEPT.	2525 Grand Ave., Long Beach	90815	(562) 570-4000	\$15.00
MONROVIA HEALTH CENTER	330 West Maple Ave., L.A.	91016	(626) 256-1600	Free
PACOIMA HEALTH CENTER	13300 Van Nuys Blvd.	91331	(818) 896-1903	Free
POMONA HEALTH CENTER	750 South Park Ave., Pomona	91766	(909) 868-0235	Free
TEMPLE HEALTH CENTER	3834 S. Western Ave., L.A.	90062	(323) 295-6571	\$15.00

Riverside Area

RIVERSIDE HEALTH CLINIC	7140 Indiana Street, Riverside	92504	(951) 358-6000	\$15.00
-------------------------	--------------------------------	-------	----------------	---------

San Bernardino Area

SAN BERNARDINO HEALTH DEPARTMENT	799 East Rialto Avenue, S. Bernardino, CA 92415		(909) 383-3287	\$20.00
REDLANDS PUBLIC HEALTH CLINIC	800 E. Lugonia Avenue. Suite F Redlands, CA 92374		(909) 793-6399	\$20.00

Call District Nursing at (213) 765-2800 with further questions regarding TB requirements for LAUSD volunteers.

APPLICANT FINGERPRINT INFORMATION FORM

Please print neatly and legibly in black ink

School/Work Location of Applicant

Position of Applicant

Last Name

First

Middle

Maiden Name

Date of Birth

Sex

Eyes

Height

Weight

Hair

City of Birth

State of Birth

Country of Citizenship

Social Security Number

Driver License Number

Home Address

Apt. # (if applicable)

City

State

Zip

Telephone Number

Signature of Applicant

Date

REPORT OF CONVICTION(S) AND/OR PENDING CRIMINAL COURT CASE(S)

A record of conviction(s), current arrests and pending/or criminal court case(s) does not necessarily disqualify an applicant from employment. However failure to disclose all conviction(s) and/or pending criminal court case(s) on Form 6087 will result in disqualification and/or dismissal.

You must request and complete Form 6087 if you have ever been convicted of **any** violation of criminal law, **whether or not** you were fined, placed on probation, given a suspended sentence, or forfeited bail and **regardless** of any subsequent court dismissal or expungement. You must also report any **pending** criminal court case(s). (*Do not include minor traffic violations such as parking or speeding.*)

No Yes I have a conviction or a pending criminal court case to report and hereby request Form 6087.

Signature of Applicant

Date

.....Office Use Only.....

Signature of Official Taking Fingerprints

Date

Locations for LAUSD Fingerprinting

Site	Phone #	Information Needed	Fee
Employee Relations 333 S. Beaudry 14 FL Los Angeles, CA 90017	(213) 241-6591	Evidence of Current TB Test (taken within 6 months) Current CA Picture Identification	\$56.00
South/West Youth Services 2060 West 156th Street Gardena, CA 90249 And: 2635 Colby Ave. Los Angeles, CA 90017	(310) 515-3010 (310) 478-2093	Current CA Picture Identification	\$56.00
Central Youth Services 5607 Capistrano Ave. Woodland Hills, CA 91367	(818) 587-4364	Current CA Picture Identification	\$56.00
North Youth Services 5607 Capistrano Ave. Woodland Hills, CA 91367	(818) 587-4300	Current CA Picture Identification	\$56.00
East Youth Services 1317 S. San Julian St. Los Angeles, CA 90015	(213) 745-5920	Current CA Picture Identification	\$56.00

School staff must contact PCSB at (213) 481-3350 to arrange for an appointment for any potential volunteer who will provide unsupervised service to students or who will volunteer for more than 16 hours per week at the school site.