

INFORMACION DE VOLUNTARIOS JUVENILES

Nombre _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Grado _____ Etnicidad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Number _____

Email _____ Escuela _____

Enumere cualquier condición física o mental, incluidas las alergias o las necesidades especiales que su hijo/hija tenga, de las que debamos estar conscientes y cualquier medicamento que esté tomando:

Si el joven MENCIONADO ANTERIORMENTE cumple cualquiera de los criterios siguientes, marque esta casilla:

- Califica para un almuerzo escolar gratuito o reducido, o está inscrito en una escuela donde la mayoría de los estudiantes son elegibles para un almuerzo gratuito o reducido.
- Completar el servicio ordenado por la corte o es un ex delincuente juvenil
- Vivir con una discapacidad
- Actualmente no está inscrito en la escuela
- En riesgo de dejar la escuela secundaria sin graduarse
- Dentro o dejando de cuidado de crianza debido a la edad
- Tiene un dominio limitado del inglés
- Sin hogar o se ha escapado de casa

Tenga en cuenta que esta información es confidencial y no afectará a la capacidad de los jóvenes a participar en la programación YVC. La información Se recopila solo para fines anónimos de subvención y para mejora el programa.

ACUERDO JUVENIL

El voluntario juvenil está de acuerdo:

- Para llegar a tiempo y trabajar todas las horas programadas del proyecto O notifique a YVC con anticipación si no puede.
- Mantener una actitud positiva y mostrar respeto a todos en el proyecto.
- Para atender a cualquier orientación y capacitación requeridas y para participar en todas las actividades del proyecto, incluidos los juegos.
- Abstenerse de profanidad, drogas, tabaco, alcohol, actividad sexual o violencia de cualquier forma en los proyectos.
- Para mantener todos los electrónicos personales apagados y fuera de la vista durante las actividades de YVC.

YVC está de acuerdo:

- Tratar a los jóvenes voluntarios con respeto.
- Proporcionar a los Jóvenes Voluntarios los deberes apropiados que coincidan con su experiencia e intereses cuando sea posible.
- Para proporcionar Líderes de Equipos adultos entrenados y seleccionados para guiar y ayudar a los Jóvenes Voluntarios en los proyectos.
- Proporcionar orientación, capacitación y evaluación para el Voluntario Juvenil según sea necesario.
- Reconocer los esfuerzos del Voluntario Juvenil y proporcionar confirmación de las horas de servicio a solicitud.

Firma del Voluntariado Juvenil _____ Fecha _____

Firma del Representante de YVC _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIÁN LEGAL

Nombre (s) del padre / Guardián _____ Email _____

Teléfono primario del padre / Guardián _____ Alt. # _____

Contacto de emergencia # 1 (si no podemos comunicarnos con usted): _____ Número _____

Contacto de emergencia # 2 (si no podemos comunicarnos con usted): _____ Número _____

Al firmar la liberación de responsabilidad, entiendo que la información de contacto puede ser utilizada por YVC para los fines de este programa y otros eventos de YVC solamente.

YVC PADRE / GUARDIÁN RENUNCIA LEGAL

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Declaración de Riesgos: Entiendo que los supervisores adultos acompañarán a mi hijo/hija en todos los proyectos y actividades. También entiendo que los supervisores pueden ser voluntarios y que el proyecto o actividad implicará el nivel normal de riesgo asociado con tal proyecto o actividad. Estoy de acuerdo en que este formulario renunciará a cualquier derecho, reclamo de responsabilidad u obligación, o causa de acción que resulte de lesiones personales a mi hijo/hija en el programa YVC y estoy de acuerdo en indemnizar a la agencia asociada y sus empleados o representantes de cualquiera de dichos reclamos.

Publicación fotográfica: en el caso de que se fotografíe o filme a mi hijo/hija con fines promocionales mientras participa en un proyecto de YVC, la foto o el video pueden ser utilizados por YVC o cualquiera de sus agencias relacionadas con fines promocionales. Libero a YVC de Corvallis, Corvallis Parks and Recreation, y YVC de todas las responsabilidades derivadas del uso de los artículos con fines publicitarios y renuncio al derecho a todos los negativos, fotos, cintas y reproducciones, así como a mi derecho a Inspeccionar o aprobar las fotografías y / o videos terminados.

Liberación de transporte: Autorizo a YVC y / o al personal de la agencia asociada a transportar a mi hijo/hija en sus vehículos si es necesario. Por ek presente doy permiso para que un líder del equipo de Cuerpo de Voluntarios Juveniles de Parques y Recreación o un padre voluntario o empleado del distrito escolar lleve a mi hijo/hija hacia y desde el sitio de trabajo de Voluntariado Juvenil. Entiendo que la responsabilidad que resulta de la concesión de este permiso recae en el propietario / conductor del vehículo.

Responsabilidad del padre / guardián legal: Informaré a YVC de cualquier necesidad o condición especial que tenga mi hijo/hija. Entiendo que retener esta información es injusto para mi hijo/hija y para el líder de YVC a quien se confió la seguridad de mi hijo/hija. Seré puntual al dejar / recoger a mi hijo/hija de los proyectos, tanto por su seguridad como por cortesía a YVC y sus agencias asociadas. Entiendo que violar estas políticas pueden llevar a la exclusión de mi hijo/hija de los programas de YVC.

Autorización de atención médica: En cualquier momento debido a circunstancias como un accidente o una enfermedad repentina, por este medio doy permiso para que se obtenga tratamiento médico de emergencia para mi hijo/hija. Entiendo que un representante de YVC o la agencia asociada me llamarán antes de partir o al llegar al destino de emergencia, y que seré responsable de todos los gastos relacionados incurridos (es decir, costos de ambulancia o taxi, etc.).

De conformidad con la Política Administrativa de la Ciudad de Corvallis, AP 4-03 Las pautas de seguro para voluntarios, voluntarios que no sean de seguridad pública y Alcalde / Consejo están cubiertas por la Política Médica de Exceso de Accidentes de la Ciudad * mientras realizan tareas para la Ciudad. Los voluntarios también están cubiertos por el seguro de automóvil de la Ciudad durante la operación autorizada de los vehículos de la Ciudad. Si un voluntario usa su vehículo personal para negocios de la Ciudad, el voluntario debe proporcionar cobertura de seguro de vehículo principal.

Al firmar este formulario de autorización, estoy de acuerdo en renunciar y resolver todas las reclamaciones y mantener indemne de responsabilidad a la Ciudad de Corvallis, su Consejo, comisiones y juntas, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de cualquier reclamación por lesiones o daños que puedan surgir, o en relación con mi servicio voluntario. Entiendo este Acuerdo, y he leído este Acuerdo en su totalidad, y asumo libre y voluntariamente todos los riesgos y responsabilidades asociados con el presente, y no obstante, acepto cumplir con este acuerdo y estar sujeto a sus condiciones.

Este Acuerdo pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley. Si alguna disposición o parte de alguna de las disposiciones de este Acuerdo se considera inválida o legalmente inaplicable por alguna razón, el resto de este Acuerdo no estará vigente por lo tanto y seguirá siendo válido y totalmente ejecutable.

* **Póliza médica de exceso de accidentes:** esta cobertura es superior a cualquier otro seguro de salud que tenga establecido. Los beneficios son pagaderos por los gastos elegibles que excedan los beneficios pagados al voluntario por cualquier otro plan de atención médica. En el caso de que no exista otro seguro de salud, los beneficios se pagarán a título primario. El exceso de cobertura médica por accidente pagará hasta \$ 50,000 por tratamiento médico, hospitalización y atención de enfermería con licencia requerida como resultado de un accidente cubierto. El seguro se aplica mientras viaja directamente hacia y desde, y mientras participa en actividades relacionadas con el voluntariado. Los gastos médicos iniciales deben incurrirse dentro de los 60 días posteriores al accidente. Luego se cubren los gastos por un período de un año después del accidente.

El cuidado dental está cubierto hasta \$ 500 por diente por lesión accidental en los dientes y reparación de dentaduras postizas. El beneficio máximo es de \$ 900 por accidente. Esta cobertura también proporciona hasta \$ 50 para la reparación o reemplazo de marcos de anteojos y hasta \$ 50 para la reparación o reemplazo de lentes recetados de anteojos dañados como resultado de un accidente cubierto. El pago máximo bajo esta cobertura, incluidos los gastos dentales y de lentes, es de \$ 50,000. Cobertura por muerte accidental y desmembramiento: además de la cobertura médica por accidente, el plan pagará los beneficios por muerte o pérdida de la extremidad o la vista, que se producen dentro de un año como resultado de un accidente cubierto. Este seguro no duplica los beneficios pagaderos bajo ninguna otra cobertura de seguro válida y cobrable.

Firme a continuación para reconocer que ha leído y comprende esta exención, acepte sus disposiciones, afirme que usted es el padre / Guardián legal del niño mencionado anteriormente y que verifique que toda la información que ha proporcionado sea correcta.

Nombre (s) del padre / guardián (por favor imprimir) _____

Firma del padre / guardián _____ Fecha _____

Asegúrese de que ambas páginas de este formulario estén completas y devuélvalas a Brynna Burns 1310 SW Avery Park Dr. Corvallis, OR. 97333. Fax: 541-754-1701 Correo electrónico: brynna.burns@corvallisoregon.gov