



2019-2020

# Aplicación para MENTOR



Socios en la Educación . . . *Donde todos los caminos llegan a éxito.*

Llene el siguiente formulario y regrésalo a: Bastrop ISD, Partners in Education, 906 Farm Street, Bastrop, TX 78602 o fax a (512)308-1607. ¿Preguntas? Llame a 512-772-7180.

**Para terminar su aplicación, una copia de una identificación valido con foto emitida del gobierno debe acompañar esta aplicación.**

### Información de Contacto

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Empleado de BISD? SI NO  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### Información Personal

¿Por qué quiere ser mentor? \_\_\_\_\_  
Apunte algunas experiencias en trabajar con jóvenes. (Indique edad de jóvenes) \_\_\_\_\_

¿Bilingüe? \_\_\_\_\_ ¿SI si, que lenguaje? \_\_\_\_\_

### Preferencias

Escuela Preferido \_\_\_\_\_ Grado preferido \_\_\_\_\_  
Niña \_\_\_ Niño \_\_\_ No preferencia \_\_\_ ¿Esta regresando como Mentor? SI NO  
¿SI si, nombre del estudiante que le gustaría? \_\_\_\_\_  
Día y Tiempo disponible (*ex. miércoles en la tarde o martes a las 2 p.m.*) \_\_\_\_\_  
Primer Elección \_\_\_\_\_ Elección 2o \_\_\_\_\_

### Declaración de confidencialidad y declaración de Entendimiento

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: Como parte del Programa de Mentores, entiendo que voy a tener acceso a y recibir información sobre estudiantes del programa. Reconozco y entiendo que esta información estudiantil es confidencial bajo las leyes y regulaciones estatales y federales. Estas leyes y regulaciones me permiten usar y tratar la información solamente para el propósito de llevar a cabo mis responsabilidades del programa. Entiendo que cualquier otro uso de la información estudiantil es prohibido y que la violación de esta prohibición puede resultar en sanciones penales. He leído y entendido esta declaración confidencial. Mantendré información estudiantil confidencial y solamente la usaré o trataré información estudiantil para el propósito de llevar a cabo mis responsabilidades en el programa.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO: Acepto atenerme a las normas confidenciales. He leído, entiendo y acepto seguir las normas y procedimientos establecidas por BISD. Doy permiso a BISD de tomarme una foto durante mi tiempo como voluntario y libero cualquier foto de mí a BISD para su publicación. Entiendo que si no puedo completar el año escolar como mentor voy a informar al Coordinador del Distrito y al plantel. Entiendo que mi involucramiento como mentor puede ser terminado si no sigo las normas y procedimientos.

### Bastrop Independent School District Verificación Computarizada Historial Criminal (CCH) de DPS

Yo, \_\_\_\_\_, he sido notificado que se llevara a cabo una verificación computarizada de mi historial criminal (CCH) al ingresar al portal de Internet del Departamento de Seguridad Publica de Texas (Texas Department of Public Safety) y que se basara en la información que otorgue acerca de mi nombre y fecha de nacimiento. Debido a que la información basada en el nombre no es una búsqueda exacta y solamente las búsquedas de expedientes de huellas dactilares representan una identificación real del historial criminal, la organización (como se describe al final) que lleva a cabo la revisión del historial criminal no puede discutir ninguna información obtenida utilizando el nombre y fecha de nacimiento método. Por lo tanto, la agencia le podría ofrecer la oportunidad de realizar una búsqueda por medio de las huellas dactilares para despejar cualquier confusión de identidad basada en la búsqueda por medio del nombre y fecha de nacimiento. Para el proceso de la impresión de huellas dactilares, yo tendré que presentar un muestrario completo y total de mis huellas dactilares para análisis a través del sistema AFIS (sistema de identificación de huellas dactilares automatizado) del Departamento de Seguridad Publica de Texas. Se me ha informado que para terminar este proceso, debo tener una cita con L1 Enrollment Services, presentar un muestrario completo y total de mis huellas dactilares, solicitar que una copia se le envíe a la agencia, y pagar una cuota de \$24.95 a la compañía que ofrece los servicios de impresión de huellas digitales, Servicios de Inscripción LI (LI Enrollment Services.) Una vez que haya finalizado el proceso y que la agencia reciba la información del Departamento de Seguridad Publica, la información acerca del expediente del historial criminal de huellas dactilares podrá ser hablada con usted.

(Esta copia debe permanecer en el expediente de su agencia. Se requiere para futuras auditorias de DPS)

Firma del Solicitante o Empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Bastrop Independent School District  
Agency Name (please print) \_\_\_\_\_

Agency Representative Name (please print) \_\_\_\_\_

Signature of Agency Representative \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Check and Initial Each Applicable Space

CCH Report Printed:

YES  NO  Initial \_\_\_\_\_

Purpose of CCH: Volunteer/Mentor

Approved  Not Approved  Initial \_\_\_\_\_

Date Printed \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_

Rev. April 2013