

Registración de *Youth Volunteer Corps*



Debe ser completado por un padre/tutor si es menor de 18 años.
Por favor regréselo a Kiaya Melton
1310 SW Avery Park Dr Corvallis, OR 97333.
Fax: 541-754-1701



Si tiene preguntas por favor comuníquese con Kiaya al 541-766-6467 o por correo electrónico
Email: Kiaya.melton@corvallisoregon.gov

Favor de llenar la siguiente información de contacto del padre o tutor del menor. De ese modo el Programa YVC de Parques y Recreación de Corvallis puede darle información sobre noticias, cambios o nuevas oportunidades.

Nombre del Participante _____ Edad _____ Grado _____

Escuela _____ Alergias/Necesidades Especiales _____

Email del Participante _____

Teléfono Preferido _____ Nombre del Padre/Tutor _____

Teléfono de Emergencia _____ Email de Padre/Tutor _____

Domicilio _____

Métodos preferidos para recibir comunicación _____

EVENTOS por los cuales está dando tiempo voluntario: _____

*Al firmar el contrato de liberación de responsabilidad, entiendo que la información del contacto puede ser usado por YVC sólo para el propósito de éste y otros eventos de YVC.

Esta información se mantiene confidencial y no afectará que el joven pueda participar en cualquier oportunidad de voluntariado que se ofrezca. Es simplemente una herramienta que se usa para documentar datos demográficos de nuestros jóvenes voluntarios con propósito de ser usados al solicitar fondos.

Por favor marque en la lista lo que le corresponda al joven:

- Califica para el programa de comida escolar gratis o precio reducido
- Está completando servicio por orden de la corte o es un ex-delincuente juvenil
- Vive con una discapacidad
- No está registrado actualmente en la escuela
- Está en riesgo de dejar la escuela preparatoria sin graduarse
- Está actualmente en una casa hogar o está por salirse
- Tiene habilidad limitada del inglés
- Está sin hogar o ha huido de su casa

¡Volteé la página para llenar atrás!
¡EL REVERSO DEBE SER LLENADO!





Formulario de Autorización de Fotografía de Youth Volunteer Corps

Doy permiso a Youth Volunteer Corp de Corvallis y a la oficina nacional de YVC para que use fotografías y/o video y/o audio de mi hijo/a obtenida durante su participación en YVC. Libero a YVC de Corvallis, Parques y Recreación de Corvallis, y a YVC de cualquier y todas las responsabilidades obtenidas por medio de usar cosas con propósito de publicidad y renuncio al derecho de todos los negativos, fotos, cintas y reproducciones, así como renuncio a mi derecho a inspeccionar o aprobar las fotografías y/o videos finalizados.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Formulario de Permiso de Transporte

Este formulario debe ser completado si alguien aparte del padre o tutor del Joven Voluntario transportará a los voluntarios hacia o desde el lugar de trabajo. Yo doy permiso para que un líder de Youth Volunteer Corps de Parques y Recreación o un padre voluntario del distrito escolar o empleado, maneje a mi hijo/hija hacia y desde el lugar de trabajo de Youth Volunteer Corps. Entiendo que la responsabilidad que surja de este permiso caerá sobre el propietario o conductor del vehículo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Conforme a la Política Administrativa AP 4-03 Guía de Seguros para Voluntarios de la Ciudad de Corvallis, los voluntarios, aparte de aquellos de la seguridad pública y el Alcalde/Consejo, están cubiertos por la Política de Cobertura Médica para Accidentes* mientras están rindiendo trabajo 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 los negocios de la ciudad, el voluntario debe proporcionar una cobertura de seguro de vehículo.

Al firmar este formulario de autorización, estoy de acuerdo en renunciar y liberar todos los reclamos y mantener libre de culpa a la Ciudad de Corvallis, su Consejo, comisiones y mesas directivas, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de cualquier reclamo por lesiones o daños que pudieran surgir de, o en relación con mi servicio voluntario. Entiendo este Acuerdo, y he leído este Acuerdo en su totalidad, y asumo libremente y voluntariamente todos los riesgos y responsabilidades asociados con la presente, y sin perjuicio de tales, estoy de acuerdo para llevar a cabo de conformidad con este acuerdo y estar obligado por sus condiciones.

El presente Acuerdo tiene el propósito de ser lo más general y a la vez inclusivo posible como lo permita la ley. Si alguna sección o parte de alguna sección de este Acuerdo es considerada inválida o legalmente inaplicable por cualquier razón, el resto de este Acuerdo no será afectado y seguirá siendo válido y al pie de la letra.

Firma del Participante (o del padre si el participante es menor de 18 años) _____ Fecha _____

Firma del Supervisor o Coordinador del Programa _____ Fecha _____

***Política de Cobertura Médica para Accidentes** - Esta cobertura está disponible después de que cubra cualquier otro seguro de salud que usted tenga. Los beneficios se pagan por gastos que califiquen que están por encima de los beneficios pagados a los voluntarios por cualquier otro plan de salud. En el caso de que no exista otro seguro de salud, los beneficios se pagarán en orden de prioridad. Esta cobertura médica de accidentes pagará hasta \$50,000 para el tratamiento médico, hospitalización y cuidados de enfermería con licencia requerida como consecuencia de un accidente cubierto. El seguro se aplica mientras está de viaje directamente desde y hacia actividades relacionadas con el voluntariado y mientras usted está participando en dichas actividades. **Gastos médicos iniciales deben ser hechos dentro de 60 días del accidente. Los gastos se cubren durante un período de un año después del accidente.**

El cuidado dental está cubierto hasta \$500 por diente por lesiones accidentales a los dientes y reparación de placa dental. El beneficio máximo es de \$900 por accidente.

Esta cobertura también ofrece hasta \$50 para la reparación o reemplazo de los marcos de lentes y hasta \$50 para la reparación o el reemplazo de lentes de receta dañados como consecuencia de un accidente cubierto.

El pago máximo bajo esta cobertura, incluyendo gastos dentales y de lentes es de \$50,000.

Este seguro no duplica los beneficios ya pagados por cualquier otra cobertura de seguro médico válido que se le pueda cobrar.

Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental - Además de la cobertura médica de accidentes, el plan pagará los beneficios por muerte o pérdida de una extremidad del cuerpo o de la vista, que se produzca dentro de un año, como resultado de un accidente cubierto.