



Date school/district received: _____

Date trained: _____

Volunteer Registration Form

A. _____

Big Brothers
Big Sisters



Communities In
Schools



YouthFriends



Legal Name _____
Last First Middle

Maiden Name _____ Familiar/Nickname _____

Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____

How long at present address? Years _____ Months _____

Home Phone (____) _____ Preferred E-Mail _____

Emergency Contact: _____
Name Phone Relationship

Age group with which you would like to work : Elementary School Middle School High School
Specific School: _____

Volunteer Type Check all that apply.	Availability Indicate days and times available.			Volunteer Activity Check all interests.
<input type="checkbox"/> Parent of child attending this school Child's name: _____ <input type="checkbox"/> Business Volunteer Company name: _____ <input type="checkbox"/> Student Volunteer School: _____ <input type="checkbox"/> Organization/Community/Church Name of organization: _____	Morning	Afternoon	After-School/Evening	<input type="checkbox"/> Tutor (A, B, C) <input type="checkbox"/> Mentor (A, B, C) <input type="checkbox"/> Assist in Classroom (A, C) <input type="checkbox"/> Room Parent (A, C) <input type="checkbox"/> Parent Organization (A, C) <input type="checkbox"/> School Activities (A, C) <input type="checkbox"/> Help in Office (A, C) <input type="checkbox"/> Site Council (A, C) <input type="checkbox"/> Prepare Materials (A, C) <input type="checkbox"/> Field Trip Driver (A, C)
	Monday			
	Tuesday			
	Wednesday			
	Thursday			
	Friday			
	Special Activity			
Do you speak a second language? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, what language? _____				

If you will not be working with students one-to-one or in a small group, proceed to part C.

B. _____

Birth Date _____ Drivers License # _____ State _____

Social Security # _____

Your addresses over the last three years prior to your current address: If same, check here

Street _____ Apt.# _____ City _____ State _____ Zip _____

Marital Status: Single Married Divorced Widowed

Place of Employment _____ How Long? _____ Occupation _____

Work Address _____

Work Phone (____) _____ Ext. _____ Fax (____) _____

Supervisor's Name _____ Phone (____) _____

If employed here less than three years, please list previous employers (Attach additional sheets if necessary):

Name of Employer _____ How long there? _____

Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Education: Less than high school High school or GED Vo-tech or college (less than four years)
 Four year college degree or equivalent Advanced degree

Please list three references who have known you for at least 2 years and are non-related.

Name _____ Work Phone (____) _____ Home Phone (____) _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Relationship to you _____ How long acquainted _____

Name _____ Work Phone (____) _____ Home Phone (____) _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Relationship to you _____ How long acquainted _____

Name _____ Work Phone (____) _____ Home Phone (____) _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Relationship to you _____ How long acquainted _____

Have you previously been involved as a Wichita Public Schools volunteer? Yes No

If yes, please indicate agency and date of application, and whether your application was accepted.

Date _____ Place of Application _____ Accepted? Yes No

Have you had a background check through another agency within the last year? Please list the agency.

May we have your permission to share this background check information between agencies? Yes No

Have you ever been convicted of, pleaded guilty or nolo contendere (neither admitting nor denying the charge) to, or received a suspended imposition of sentence, been placed on diversion, or otherwise been found guilty of :

Any criminal or municipal ordinance violation? Yes No DUI/DWI? Yes No
Is your driver's license currently suspended? Yes No

Have there ever been allegations, complaints or reports regarding your involvement in child abuse or neglect (regardless of whether the incident was confirmed or denied)? Yes No

If yes to any of the above, please provide date, description and explanation of each incident on additional paper.

C. _____

Please note: All volunteers must complete a volunteer registration form. This signed form entitles the volunteer to injury benefits provided by Unified School District 259 and liability insurance while performing volunteer services (*Refer to Board Policy 2130*).

The original signed application is to be kept on file at the PTR Volunteer office at the Focht ISC so information can be included on the district volunteer database.

You have my permission to contact my employer. I understand that any omissions or misstatements made by me on this application form may be cause for my application to be declined or volunteer placement to be terminated. I understand that all information, including driver's license, criminal background and child abuse/neglect records and sex offender registry, will be verified, and hereby consent to such verification. I declare that all the statements I have made on this application are true, correct and complete to the best of my knowledge. I understand that Wichita Public Schools and/or participating agencies, at their sole and complete discretion, may accept or decline this application without providing me any reasons for the decision.

Signature _____ Date _____

Please complete all blanks for prompt processing.

Please return to:

PTR Volunteer Support
Focht Instructional Support Center
412 S. Main
Wichita, KS 67202
(316) 973-5118

Kansas Department of Social and Rehabilitation Services
Child Abuse and Neglect Central Registry
915 SW Harrison 5th Fl. South
Topeka, Kansas 66612

Child Abuse and Neglect Central Registry
Release of Information

I, _____, give permission for the release of any
(Please print complete first, middle and last name)
information concerning myself in the Child Abuse and Neglect Central Registry to:

Contact Person: Jeanine Conrady
Agency Name: YouthFriends
Mailing Address: 947 W. 47 Hwy
Girard, KS 66743
Phone Number: (620) 724-6326

I understand that all information released will be for the exclusive and confidential use of the above named organization/person/agency.

****Please complete the information below by printing in ink. Please print legibly. Do not leave any space blank. All requested information is required to process this request. Incomplete information will result in the release not being processed and will be returned as insufficient.****

First, Middle and Last Name: _____

Maiden Name: (Female applicant only) _____

Married Names, Nicknames or Other Names Used:
(Use N/A if no other names used) _____

Date of Birth: _____ Race: _____

Social Security # _____ Gender: Male Female

Signature: _____ Date: _____

Current Address: _____

Each request must be submitted with payment prior to the request being processed. Please attach appropriate fee of \$10.00 per release of information. All releases and fees should be sent via postal mail to the attention of SRS, Child Abuse and Neglect Central Registry, P.O. Box 2637, Topeka, KS 66601. The following state agencies are exempt from the \$10.00 fee: JJA (Central Office or Facilities), KNI, Dept. of Education-Central Office, KDHE, State Hospitals, State Correctional Institutions, Attourey General's Office, Kansas School for the Blind, Kansas School for the Deaf, Child Welfare agencies in other states. Mentor record checks, i.e. Big Brothers Big Sisters, are exempt from the \$10.00 fee. For a complete list of Mentor Programs, go to: <http://www.ksmentors.ks.gov/recordscheck.htm>. If this is a mentor record check, please make sure the box below is checked.

Mentor Program: **If yes, please check**

For Central Registry Use Only

_____ **FEE ATTACHED**

Forma de Registro para Voluntarios

A. _____

Big Brothers
Big Sisters

Big Brothers Big Sisters
of Sedgwick County

Communities In
Schools

Communities
In Schools
HELPING KIDS
PREPARE FOR LIFE

YouthFriends

YouthFriends

Nombre legal _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Apellido de soltero _____ Sobrenombre familiar _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿Hace cuánto tiempo vive en esta dirección? Años _____ Meses _____

Teléfono de la casa (____) _____ Correo electrónico _____

En caso de emergencia llamar a: _____
Nombre Teléfono Relación

Edad con la que le gustaría trabajar: Escuela Primaria Escuela Intermedia Escuela Secundaria

Escuela Específica: _____

Tipo de Voluntario Marque todos los que apliquen	Disponibilidad Indique los días y horas en que está disponible.				Actividades para Ayudar como Voluntario Marque todas las áreas que le interesen
<input type="checkbox"/> Padre de un niño que asiste a esta escuela Nombre del niño: _____	Lunes	Mañana	Tarde	Después de clases/ en la noche	<input type="checkbox"/> Tutor (A, B, C) <input type="checkbox"/> Mentor (A, B, C)
<input type="checkbox"/> Empresa Voluntario Nombre de la compañía: _____	Martes				<input type="checkbox"/> Ayudar en el salón de clase (A, C)
<input type="checkbox"/> Estudiante Voluntaria Escuela: _____	Miércoles				<input type="checkbox"/> Representante del salón (A, C)
<input type="checkbox"/> Organización/Comunidad/ Iglesia Nombre de la organización: _____	Jueves				<input type="checkbox"/> Organización de Padres (A, C)
	Viernes				<input type="checkbox"/> Actividades escolares (A, C)
	Actividad Especial				<input type="checkbox"/> Ayudar en la oficina (A, C)
					<input type="checkbox"/> Concilio Escolar (A, C)
					<input type="checkbox"/> Prepare Materiales (A, C)
					<input type="checkbox"/> Manejar en los paseos (A, C)

¿Habla Ud. otro idioma? ___ Sí ___ No

Si usted no va a trabajar con estudiantes por individual o en pequeños grupos, proceda a la parte C.

B. _____

Fecha de nacimiento _____ Licencia de conducir # _____ Estado _____

Seguro Social # _____

Sus direcciones anteriores a la actual, durante los últimos tres años: Si es la misma, marque este recuadro

Calle _____ Apto.# _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Lugar donde trabaja _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Oficio que desempeña _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono del trabajo (____) _____ Ext. _____ Fax (____) _____

Nombre del supervisor _____ Teléfono(____) _____

Si lleva menos de tres años en este empleo, enumere los empleadores anteriores (si es necesario anexe hojas adicionales):

Nombre del empleador _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

For Office Use Only
 Date school district received: _____
 Date sent to screening: _____
 Date agency received: _____

Educación: Menos que escuela secundaria Escuela secundaria o GED Escuela Vocacional o Univ. Técnica (menos de 4 años)
 Grado universitario de 4 años o equivalente Grado avanzado

Por favor enumere tres personas que den referencia suya, quienes lo conozcan a usted por lo menos por 2 años y que no sean familiares suyos.

Nombre _____ Teléfono del trabajo(____) _____ Teléfono de la casa (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Relación con usted _____ ¿Hace cuánto se conocen? _____

Nombre _____ Teléfono del trabajo(____) _____ Teléfono de la casa (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Relación con usted _____ ¿Hace cuánto se conocen? _____

Nombre _____ Teléfono del trabajo(____) _____ Teléfono de la casa (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Relación con usted _____ ¿Hace cuánto se conocen? _____

¿Alguna vez a participado como voluntario en las Escuelas Públicas de Wichita? Si No

Si es así, por favor diga la agencia y la fecha en que aplicó, y si su aplicación fue aceptada.

Fecha _____ Lugar donde aplicó _____ ¿Lo aceptaron? Si No

¿Ha chequeado sus antecedentes otra agencia en el último año? Si es así, diga cuál agencia.

¿Autoriza usted que compartamos esta revisión de sus antecedentes con otras agencias? Si No

Alguna vez ha sido condenado, declarado culpable o 'nolo contendere' (ni negar ni admitir el cargo), ha recibido una suspensión de sentencia, ha sido colocado en programa de desviación o de cualquier otra manera ha sido declarado culpable de:

Cualquier violación de una ordenanza criminal o municipal Si No DUI/DWI Si No

¿Está suspendida su licencia de conducir actualmente? Si No

¿Han habido alegatos, quejas o reportes con respecto a su participación en abuso o negligencia infantil (sin importar si el incidente fue confirmado o negado)? Si No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas de arriba, por favor proporcione en otra hoja, la fecha, descripción y explicación de cada incidente.

C. _____

Por favor note: Todos los voluntarios deben llenar la Forma de Registro para Voluntarios. Esta forma firmada le da derecho al voluntario de los beneficios por lesiones, suministrado por el Distrito Escolar Unificado 259 y seguro de responsabilidad civil mientras presta servicios como voluntario (Refiérase a la Norma de la Junta de Educación P2130).

El original de la forma firmada debe archivar en la Oficina de Voluntarios PTR en el edificio Focht ISC con el fin de incluir la información en la base de datos de los voluntarios del distrito.

Ustedes tienen mi autorización para ponerse en contacto con mi empleador. Yo entiendo que cualquier omisión o realto inexacto hecho en mi aplicación puede causar que ésta sea negada o que el voluntario sea despedido. Yo entiendo que toda la información, incluyendo la licencia de conducir, los antecedentes criminales y los récords de abuso negligencia infantil y el registro de ofensas sexuales, serán verificados y por medio de la presente autorizo dicha verificación. Declaro que, hasta donde yo sé, todas las afirmaciones que he hecho en esta aplicación son verdaderas, correctas y completas. Yo entiendo que las Escuelas Públicas de Wichita y/o las agencias participantes, a su única y completa discreción, pueden aceptar o rechazar esta aplicación sin darme razones para tal decisión.

Firma _____ Fecha _____

Por favor llene todos los espacios en blanco con el fin de procesar esta forma oportunamente.

Por favor regrese esta forma a: PTR Volunteer Support
Focht Instructional Support Center
412 S. Main
Wichita, KS 67202
(316) 973-5118