



Name: _____

Please check:

Staff Member Student Volunteer Other: _____

By filling out this form once during the 2021-2022 school year, I attest that if during the course of the year, myself or my student, have any of the following symptoms that are not attributable to another condition that **myself or my student will STAY HOME** from school that day and notify the school of any the issues found below. I understand that this attestation is the first step in helping ensuring the safety of everyone in my or my student's school building.

If the following symptoms are present, myself or my student will stay home:

- A cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- A fever of 100.4°F or higher
- A sore throat
- Chills
- New loss of taste or smell
- Muscle or body aches
- Nausea/vomiting/diarrhea
- Congestion/runny nose – not related to allergies
- Unusual fatigue

And if I answer yes to any of the following questions myself or my student will stay home...

- Does anyone in your/your student's household have any of the above symptoms that are not attributable to another condition?
- Have you or your student been in close contact with anyone with suspected or confirmed COVID-19?
- Have you or your student had any medication to reduce a fever before coming to school?

Signature: _____ Date: _____



Nombre: _____

Por favor, compruebe:

Miembro del equipo Estudiante Voluntario/a Otro/a: _____

Al completar este formulario una vez durante el año escolar 2021-2022, doy fe de que si durante el curso del año, yo o mi estudiante, tengo alguno de los siguientes síntomas que no son atribuibles a otra condición que **yo o mi estudiante PERMANECEREMOS A CASA** de la escuela ese día y notificar a la escuela sobre los problemas que se encuentran a continuación. Entiendo que esta certificación es el primer paso para ayudar a garantizar la seguridad de todos en mi edificio escolar o el de mi estudiante.

Si los siguientes síntomas están presentes, mi estudiante o yo nos quedaremos en casa:

- Tos
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Fiebre de 100.4°F o más
- Un dolor de garganta
- Resfriado
- Pérdida de sabor o olor
- Dolores musculares o corporales
- Náuseas/vómitos/diarrea
- Congestión/goteo nasal (que no sea por alergias)
- Fatiga inusual

Y si respondo afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas, mi estudiante o yo mismo nos quedaremos en casa ...

- ¿Alguien en su hogar o el de su estudiante tiene alguno de los síntomas anteriores que no son atribuibles a otra condición?
- ¿Ha estado usted o su estudiante en contacto cercano con alguien con COVID-19 sospechado o confirmado?
- ¿Ha tomado usted o su estudiante algún medicamento para bajar la fiebre antes de venir a la escuela?

Firma: _____ Fecha: _____

VOLUNTEER APPLICATION FORM

DATE _____

OFFICE USE ONLY

NAME _____

Starting Date _____

Teacher _____

ADDRESS _____

CITY _____ ZIP _____

HOME PHONE _____ E-MAIL _____

WORK PHONE _____

EMPLOYER'S NAME _____

BIRTH DATE _____

CHILD'S NAME _____ TEACHER _____

IN AN EMERGENCY, PLEASE NOTIFY _____ PHONE _____

ARE YOU BILINGUAL? _____ WHICH LANGUAGE? _____

I would like to be involved in the following classroom activities:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Room Assistant | <input type="checkbox"/> Reading to/with students |
| <input type="checkbox"/> Assist with arts/crafts | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Work with individual students | |

I am willing to give a talk and/or demonstration about my profession and/or hobby listed below:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Animals/Pets | <input type="checkbox"/> Cultures |
| <input type="checkbox"/> Cooking/Nutrition | <input type="checkbox"/> Music |
| <input type="checkbox"/> Dance | <input type="checkbox"/> Sewing |
| <input type="checkbox"/> Plants | <input type="checkbox"/> Wood/Carpentry |
| <input type="checkbox"/> Space/Solar System | <input type="checkbox"/> Other _____ |

I would like to assist in the following special projects:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Phone Committee | <input type="checkbox"/> Fundraising |
| <input type="checkbox"/> Field Trips | <input type="checkbox"/> Counting Money |
| <input type="checkbox"/> Working in the PAC | <input type="checkbox"/> Help in the office/library |
| <input type="checkbox"/> Popcorn | <input type="checkbox"/> Other _____ |

The best time for me to help is: From _____ O'Clock to _____ O'Clock

Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday

Solicitud de voluntario

Fecha _____

PARA OFICINA SOLAMENTE
Fecha de empiezo _____
Maestro/a _____

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DE CASA _____ CORREO ELECTRONICO _____

TELEFONO DE TRABAJO _____

NOMBRE DE EMPLEADOR _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE HIJO/A _____ MAESTRO/A _____

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR DE NOTIFICAR A _____

NUMERO DE TELEFONO _____

¿ERES BILINGUE? _____ ¿QUE LENGUAJE? _____

Me gustaría estar involucrate en las siguientes actividades:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistente de salón | <input type="checkbox"/> Leer con/a estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Asistir con artes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajar con estudiantes individualmente | |

Estoy dispuesto a hablar o demostrar de mi profesión o hobby de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Animales/Mascota | <input type="checkbox"/> Cultura |
| <input type="checkbox"/> Cocinar/Nutrición | <input type="checkbox"/> Música |
| <input type="checkbox"/> Danza | <input type="checkbox"/> Costura |
| <input type="checkbox"/> Plantas | <input type="checkbox"/> Madera/Carpintería |
| <input type="checkbox"/> Espacio/Sistema Solar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Me gustaría asistir en los siguientes proyectos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comité de teléfono | <input type="checkbox"/> recaudación de fondos |
| <input type="checkbox"/> Paseos | <input type="checkbox"/> Contando dinero |
| <input type="checkbox"/> Trabajando con PAC | <input type="checkbox"/> Ayudar en la oficina/Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Palomitas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

El horario más conveniente para mí es: De _____ a _____

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

**ATTACHMENT TO WASHINGTON STATE PATROL
REQUEST FOR CRIMINAL HISTORY INFORMATION**

Have you ever been convicted of a crime? _____

If **no**, I certify that I have not been convicted of any of the attached crimes as listed under RCW 43.43.830 through RCW 43.43.842 which are crimes against vulnerable adults and/or children:

Signature Date

Print Name

If **yes**, convicted of? _____,
(If yes, conviction will not necessarily disqualify you.)

Date of conviction? _____.

Place of Conviction _____,
City State

Signature Date

Print Name

Washington State Law requires that Solid Ground secure a criminal history background check on all prospective employees and volunteers. Please fill in section C and D on the attached Washington State Patrol, form WSP-CRD-430.

Solicitud para información de antecedentes penales
Información adicional para la Patrulla del Estado de Washington

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito? _____

Si es que no, yo certifico que no he sido condenado de ninguno de los delitos debajo de la lista RCW 43.43.830 a RCW 43.43.842 cuales son crímenes contra niños/as o adultos vulnerables.

Firma Fecha

Nombre en molde

Si es que si, ¿de qué fue la condena? _____

(Si es que si, la condena no necesariamente lo descalifica)

¿Fecha de condena? _____

¿Lugar de condena? _____
Ciudad Estado

Firma Fecha

Nombre en molde

La ley del estado de Washington requiere que Tierra Sólida asegure verificaciones de antecedentes penales de todos los futuros empleados y voluntarios. Por favor, completen la sección C y D de la forma de la Patrulla del estado de Washington, forma WSP-CRD-430.



REQUEST FOR CONVICTION CRIMINAL HISTORY RECORD (RCW 10.97)

- \$32 Fee — Conviction Criminal History Record Information Based on Name and Date of Birth**
 - For an \$11 fee and an immediate response using a credit card, access our web site listed above.
- \$58 Fee — Conviction Criminal History Record Information Based on Fingerprints**
 - A full set of fingerprints on a fingerprint card is required for processing.
- \$10 Fee per Notary Seal — Notary Letter(s) in Addition to Criminal History Record Check**
 - Requesting _____ Notarized Letter(s)

NOTE: The requested record information is furnished solely on the basis of name and/or description similarity with the subject of your inquiry. Positive identification or non-identification can only be effected upon receipt of fingerprints. Applicant may be advised of inquiry.

SUBJECT INFORMATION: (Please type or print clearly)

Applicant's Name _____
Last First Middle
Alias/Maiden Name/Other Names Used _____
Date of Birth _____
Month/Day/Year

REQUESTOR INFORMATION: (Please type or print clearly)

Name Grandview School District
Address 913 W. Second St.
Grandview, WA 98930
City State ZIP Code
Contact Phone Number (509) 882-8515

Would you like your results e-mailed or mailed? (Please select only one)

- Mailed (It may take 7 to 14 business days for response, when mailed.)
- E-Mailed*

E-Mail Address _____

Password _____

(Password must be 8-15 characters)

* Results can only be e-mailed for name and date of birth inquiries. Fingerprint-based background checks and notary letters will be mailed. Password is required to open encrypted PDF results.