

CONTRATO DE SERVICIOS DE VOLUNTARIADO—RECURSOS CULTURALES Y NATURALES

1. <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL		2. <input type="checkbox"/> GRUPO	
3. NOMBRE DE LA AGENCIA		4. N.º DE ACUERDO	
5. NOMBRE DEL VOLUNTARIO (Nombre y apellidos)		6. RESIDENTE PERMANENTE O CIUDADANO DE EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (indicar tipo de visado) _____	
7. NOMBRE DEL GRUPO		8. NOMBRE DEL CONTACTO DEL GRUPO (Nombre y apellidos)	
9. DIRECCIÓN		10. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		12. TELÉFONO Teléfono fijo: Teléfono móvil:	
		13. EDAD <input type="checkbox"/> Menor de 15 <input type="checkbox"/> 15 - 18 <input type="checkbox"/> 19 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 35 <input type="checkbox"/> 36 - 54 <input type="checkbox"/> A partir de 55	
14. RAZA Y ORIGEN ÉTNICO (opcional): Indique tanto la raza como el origen étnico, así como si es veterano de guerra o tiene algún tipo de discapacidad. Los encuestados multirraciales pueden seleccionar dos o más razas. Esta información indica nuestro entendimiento de la diversidad y la inclusión en el grupo de voluntarios en las áreas de recursos culturales y naturales.			
14a. Origen étnico (seleccionar una opción): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino		14b. Raza (seleccionar una o varias opciones, independientemente del origen étnico): <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico	
		14c. ¿Es veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		14d. ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
15. NOMBRE (Apellidos y nombre)		16. TELÉFONO Teléfono fijo: Teléfono móvil:	
		17. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
18. DIRECCIÓN		19. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
EL FUNCIONARIO DEL GOBIERNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN			
20. CONTACTO DE LA AGENCIA (Apellidos y nombre)		21. TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA AGENCIA	
22. REEMBOLSOS APROBADOS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo y tasa de reembolso:		23. POSICIÓN DEL VOLUNTARIO/TÍTULO DEL PROYECTO DEL GRUPO:	
24. Descripción del servicio que se va a llevar a cabo. Incluya un breve resumen de la actividad de servicio o voluntariado, así como de la ubicación de la actividad, e indique la descripción del servicio que se va a realizar. Incluya detalles como, por ejemplo, el compromiso de tiempo y de horario, el uso de equipo personal, vehículo gubernamental, las habilidades requeridas (certificados de notas si es necesario), el nivel de actividad física necesario, etc. Si se trata de un acuerdo de grupo, el jefe debe proporcionar el nombre del grupo y adjuntar una lista completa de sus miembros o el formulario 301b (opcional) para cada voluntario.			
RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE SERVICIO/VOLUNTARIADO			
25. Seleccionar todas las opciones que procedan: <input type="checkbox"/> Descripción de servicio adjunta <input type="checkbox"/> Lista de participantes/formulario 301b (opcional) adjuntos <input type="checkbox"/> Análisis de riesgos laborales <input type="checkbox"/> Permiso de conducir válido verificado (si procede)			

CONSENTIMIENTO PATERNO PARA VOLUNTARIOS MENORES DE 18 AÑOS		
26. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (Nombre y apellidos)	27. TELÉFONO Teléfono fijo: Teléfono móvil:	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
29. DIRECCIÓN	30. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
31. Confirmando que soy el padre o tutor legal del voluntario nombrado anteriormente. Entiendo que el programa de voluntariado de la agencia no ofrece indemnización alguna, excepto en los casos en que la ley especifique lo contrario; y que el servicio no otorga al voluntariado el estatus de empleado federal. He leído la descripción que se adjunta sobre el servicio que debe realizar el voluntario. Doy mi autorización para que _____ participe en la actividad de voluntariado especificada. <p style="text-align: right;">(NOMBRE DEL MENOR)</p>		
32. Firma del padre, la madre o el tutor legal		Fecha
CONSENTIMIENTO DEL JEFE DE GRUPO Y DEL VOLUNTARIO		
33. Comprendo que no recibiré ninguna indemnización por el servicio mencionado anteriormente y que los voluntarios NO serán considerados como empleados federales para ningún fin distinto de la indemnización por daños y las reclamaciones por daños y perjuicios. Entiendo que el servicio de voluntariado no contabiliza para el cómputo de las vacaciones o de cualquier otro derecho de los empleados. También entiendo que este acuerdo puede ser cancelado tanto por el gobierno como por mí en cualquier momento, siempre que se notifique a la otra parte. Acepto que mi posición de voluntario puede requerir una comprobación de referencias, investigación de antecedentes y/o certificado de antecedentes penales con el fin de llevar a cabo las tareas. Entiendo que todas las publicaciones, películas, diapositivas, vídeos o actividades artísticas o similares derivadas de mis servicios de voluntariado, según lo establecido específicamente en la descripción del trabajo adjunta, serán propiedad de Estados Unidos y, por tanto, serán de dominio público y no estarán sujetas a las leyes de copyright. Comprendo los requisitos relacionados con la salud y el estado físico necesarios para realizar el trabajo, tal y como se especifican en la descripción del trabajo y en la ubicación del proyecto. Asimismo, certifico que las declaraciones que he marcado a continuación son ciertas: <input type="checkbox"/> Ni yo ni el jefe de grupo tenemos constancia de padecer ninguna enfermedad o limitación física que pueda afectar negativamente a mi capacidad o a la de los miembros del grupo de proporcionar este servicio. Si se trata de un grupo, ver el formulario OF301b adjunto. <input type="checkbox"/> Un miembro del grupo o yo tenemos constancia de padecer una enfermedad o limitación física que puede afectar negativamente a nuestra capacidad de proporcionar este servicio y así se lo hemos hecho saber al representante del gobierno. Si se trata del miembro de un grupo, ver el formulario OF301b adjunto. <input type="checkbox"/> Ni yo ni un miembro del grupo damos nuestro consentimiento para ser fotografiados ni para publicar fotografías nuestras. Si se trata del miembro de un grupo, ver el formulario OF301b adjunto.		
Por la presente ofrezco mis servicios como voluntario, tal y como se ha descrito anteriormente, con el objetivo de ayudar en las actividades autorizadas en _____ . Acepto seguir todas las directrices de seguridad aplicables. Si se trata del miembro de un grupo, ver el formulario OF301b adjunto. (NOMBRE DE LA AGENCIA FEDERAL)		
34. Firma del voluntario o jefe de grupo		Fecha
La agencia nombrada anteriormente se compromete, mientras esté en vigor este acuerdo, a proporcionar los materiales, equipos e instalaciones que estén disponibles y sean necesarios para realizar el servicio descrito anteriormente. Asimismo, se compromete a considerarle como empleado federal solo a los efectos de indemnización por daños y de reclamaciones por daños y perjuicios en la medida en que no esté cubierto por su grupo de voluntariado, si así fuera.		
35. Firma del Representante del Gobierno		Fecha
FINALIZACIÓN DEL CONTRATO		
36. Fecha de finalización del contrato:		Horas completadas:
37. Firma del Representante del Gobierno:		
DECLARACIÓN PÚBLICA DE RESPONSABILIDAD		
De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, una agencia no tiene por qué llevar a cabo o patrocinar la recopilación de información ni una persona física tiene la obligación de responder a una solicitud de información a menos que se muestre un número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0596-0080. Se calcula que el tiempo necesario para completar este formulario de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, localizar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el Departamento de Interior (DOI), el Departamento de Comercio (DOC) y el Departamento de Defensa (DOD) prohíben la discriminación en todos los programas y actividades por motivos de raza, color, nacionalidad, género, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual o estado civil. No todas las prohibiciones se aplican a todos los programas.		
AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD		
La recopilación y el uso quedan amparados por el sistema de registros de la Ley de privacidad OPM/GOVT-1 y USDA/OP-1 y serán compatibles con las disposiciones 5 USC 552a (Ley de privacidad de 1974) que autoriza la aceptación de la información solicitada en este formulario. Los datos se utilizarán para mantener los registros oficiales de los voluntarios del USDA y el USDI a efectos de indemnización por daños y de reclamaciones por daños y perjuicios. Estos datos se facilitan de forma voluntaria. No obstante, si el formulario está incompleto, no será posible la inscripción en el programa.		