

## Acuerdo de servicios voluntarios para agencias de recursos naturales para individuos o grupos

Use letra de molde para completar este formulario (agregue una hoja adicional para los datos que no quepan en los espacios permitidos).

Nombre del sitio/Líder de proyecto		Agencia	Reembolso (si corresponde)	
Nombre del voluntario o líder del grupo: Apellido, nombre y segundo nombre		Edad (si es un acuerdo individual) <input type="checkbox"/> Menos de 18 <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-55 <input type="checkbox"/> 56 en adelante		
¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de visa	Dirección de correo electrónico	Teléfono particular	Teléfono celular	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

SI EL VOLUNTARIO ES MENOR DE 18 AÑOS: Nombre del padre o guardián legal.	Teléfono particular	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

Afirmo ser el padre/guardián del voluntario nombrado anteriormente. Comprendo que el programa de voluntarios de la agencia no ofrece una compensación, salvo cuando esté establecido por ley; y que el servicio no le conferirá al voluntario el estado de empleado federal. He leído la descripción adjunta del servicio que realizará el voluntario. Doy mi permiso

para que \_\_\_\_\_ participe en la actividad voluntaria especificada patrocinada

por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Nombre de la organización patrocinadora, si corresponde) (Nombre del lugar de servicio del voluntario)

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Fecha) (Firma del padre/guardián) (Fecha)

Nombre de contacto de emergencia	Teléfono particular	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

### ESTA SECCIÓN ES COMPLETADA POR UN FUNCIONARIO DEL GOBIERNO

**Descripción del servicio a realizar.** Incluya detalles como compromiso de tiempo y horarios, uso de equipos personales, vehículo del gobierno, habilidades requeridas (indique certificaciones de ser necesario), nivel de actividad física requerido, etc. Adjunte una descripción laboral completa y el análisis de riesgos laborales a este formulario. Si este es un acuerdo grupal, el líder debe indicar el nombre del grupo, una lista completa de participantes del grupo que será adjuntada a este formulario y la aprobación completada de los padres (arriba) en el caso de los voluntarios menores de 18 años.

¿Se requiere un vehículo del gobierno?  Sí    No  
¿Se usará un vehículo personal?    Sí    No

Licencia estatal de conducir válida    Licencia de conducir internacional

Verifique que el voluntario posea uno de estos documentos. NO conserve una copia del documento para el archivo del voluntario.

Comprendo que no recibiré ninguna compensación por el servicio nombrado anteriormente y que los voluntarios no son considerados empleados federales en ningún sentido salvo en demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones. Comprendo que el servicio voluntario no puede acumular licencias ni gozar de ningún otro beneficio propio de los empleados. También comprendo que tanto el gobierno como yo podemos cancelar este acuerdo en cualquier momento notificando a la otra parte.

Comprendo que mi posición de voluntario puede exigir una verificación de referencias, una investigación de antecedentes y/o un pedido de antecedentes penales para que yo pueda realizar mi trabajo.

Comprendo que todas las publicaciones, películas, diapositivas, videos y tareas artísticas o similares que surjan de mi servicio voluntario, según lo especificado en la descripción laboral adjunta, pasarán a ser propiedad de los Estados Unidos y, como tales, serán de dominio público y no estarán sujetas a leyes de propiedad intelectual.

Comprendo los requisitos de salud y condición física para realizar el trabajo descritos en la descripción de trabajo y en el lugar del proyecto y certifico que la afirmación que he tildado a continuación es verdad:

No tengo conocimiento de ninguna condición médica o limitación física que pueda afectar negativamente mi capacidad de brindar este servicio.

Tengo conocimiento de una condición médica o física que puede afectar negativamente mi capacidad de brindar este servicio y se la he explicado a \_\_\_\_\_  
(Nombre de funcionario de la agencia)

Por el presente documento, ofrezco mis servicios voluntarios como se describe anteriormente, para ayudar en tareas autorizadas por la agencia. Acepto seguir todas las directrices de seguridad aplicables.

\_\_\_\_\_  
(Firma del voluntario) (Fecha)

La agencia nombrada anteriormente acepta, mientras esté en vigencia este acuerdo, brindar materiales, equipos e instalaciones que estén disponibles y sean necesarios para realizar el servicio descrito anteriormente y considerar que usted es un empleado federal solo en demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones en la medida en que no esté cubierto por su grupo de voluntarios, si corresponde.

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante del gobierno) (Fecha)

**Terminación del acuerdo**

El voluntario solicita una evaluación formal  Sí  No Evaluación completada \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Acuerdo terminado el \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del representante del gobierno)

**Declaración de carga pública**

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, las agencias no pueden realizar o patrocinar una recolección de información, y no se exige que las personas respondan a dicha recolección, salvo que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido correspondiente a esta información es 0596-0080. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recolección de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos [U.S. Department of Agriculture (USDA)] y el Departamento del Interior de los EE.UU. [U.S. Department of the Interior (USDI)] prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades con base en la raza, el color, el origen nacional, el género, la religión, la edad, la discapacidad, las creencias políticas, la orientación sexual y el estado marital o familiar. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de información sobre el programa (braille, letras grandes, audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET del USDA al 202-720-2600 (voz y TDD).

Para presentar una demanda por discriminación, escribir a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llamar al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD). El USDA y el USDI son proveedores y empleadores que brindan igualdad de oportunidades.

**Declaración sobre la Ley de Privacidad**

La recolección y el uso de información están cubiertos por el Sistema de Registros OPM/GOVT-1 y USDA/OP-1 de la Ley de Privacidad y concuerdan con las disposiciones de 5 USC 552a (Ley de Privacidad de 1974), que autorizan la aceptación de la información solicitada en este formulario. Los datos serán usados para mantener registros oficiales de voluntarios del USDA y el USDI para demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones. Estos datos se proporcionan de manera voluntaria. Sin embargo, si este formulario está incompleto, no puede completarse la inscripción en este programa.