



Para Uso Oficial
Solamente



National Service Trust Formulario de Salida

Este formulario finalizará el tiempo de servicio de un miembro de AmeriCorps en el National Service Trust y reportará la elegibilidad del miembro para un Premio Educativo Segal. También proveerá la información de salida a Corporation for National and Community Service (CNCS). Este formulario puede ser completado en papel o electrónicamente.

1era PARTE

Miembro: Favor de Completar y Firmar

1. Nombre _____
Apellido Primer IM

2. Número de Seguro Social _____

3. Dirección Postal (Donde el premio educativo deberá ser enviado, si es enviado por correo)

Número y Calle _

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Dirección de Email _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono del Trabajo _____

Ext _____

4. Para Voluntarios de VISTA solamente: Quiero

<input type="checkbox"/> Extender mi servicio por menos de un año	<input type="checkbox"/> Re-inscribirme para un año adicional
<input type="checkbox"/> Completar mi servicio según programado	<input type="checkbox"/> Terminar mi servicio antes de tiempo

CNCS obtiene información educativa y de estatus de discapacidad para asegurar que toda persona tenga la oportunidad de servir. Esta información será guardada de manera confidencial y será usada exclusivamente para el análisis de data que nos ayudará a servir a todo Americano igualmente. La información que usted provea no será usada de ninguna manera para determinar o afectar cualquier beneficio federal. Bajo la Ley de Rehabilitación (Act, por sus siglas en ingles), información sobre su estatus de discapacidad podrá ser usada en conexión con obligaciones no discriminatorias y de acción afirmativa. La información será guardada de manera confidencial de acuerdo con las provisiones de Act y las contestaciones serán usadas exclusivamente en acorde con Act. Sus contestaciones son requeridas para verificar su servicio exitosamente.

5. Estatus de Discapacidad

Las próximas preguntas son sobre la discapacidad y condiciones graves de salud. Sus contestaciones asegurarán que nuestras pólizas de reclutamiento y alcance comunitario lleguen a una gran variedad de personas con condiciones físicas y mentales. Considere sus contestaciones sin el uso de medicamentos y dispositivos (excepto espejuelos) o la ayuda de otra persona.

¿Padece usted de alguna de las siguientes condiciones? Marque todas las que apliquen a usted:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sordera o dificultad de oír | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo, por ejemplo, cerebral palsy o trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o mucha dificultad de ver aun con espejuelos | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Le falta un brazo, una pierna, mano, o un pie | <input type="checkbox"/> Enanismo |
| <input type="checkbox"/> Parálisis, parcial o completa (por cualquier causa) | <input type="checkbox"/> Epilepsia u otro trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Desfiguramiento severo, por ejemplo, desfiguramiento severo causado por quemaduras, heridas, accidentes, o trastornos congénitos | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad o condición de salud seria, tales como, diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular, ansiedad, o infección VIH; una discapacidad de aprendizaje, un impedimento del habla o de oír. |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad significativa de movilidad, por ejemplo, el uso de una silla de ruedas, un scooter, andador o uso de ganchos de piernas para caminar | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno siquiátrico severo, por ejemplo, desorden bipolar, esquizofrenia, TEPT, o depresión severa | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (antes descrita como retraso mental) | |

De no haber marcado ninguna de las opciones anteriores, por favor indique porque no:

- Tengo una discapacidad o condición grave de salud, pero no deseo especificar mi condición
- No deseo contestar preguntas sobre discapacidades/ condiciones graves de salud.

Si marcó "Otra discapacidad o condición grave de salud", favor de marcar cualquiera de las siguientes condiciones que le apliquen a usted. Favor de marcar todas las que apliquen.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso, tales como, migrañas, |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> enfermedades de Parkinson's o esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Crohn's, síndrome de intestino irritable, u otro impedimento gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos no paralíticos tales como dolor crónico, rigidez, debilidad en los huesos o las coyunturas o inhabilidad de usar algunas partes del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, u otro trastorno psicológico | <input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos u osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes u otra enfermedad metabólica | <input type="checkbox"/> Impedimentos pulmonares o respiratorios, tales como, |
| <input type="checkbox"/> Historial de adicción a las drogas (pero no usando drogas ilegales actualmente) infección VIH HIV/SIDA u otra trastorno inmune | <input type="checkbox"/> asma, bronquitis crónica, o TB |
| <input type="checkbox"/> Disfunción de los riñones, tal como, necesitar diálisis | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica, hemofilia, u otra enfermedad sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje o ADHD | <input type="checkbox"/> Impedimento del habla |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado, tales como, hepatitis o cirrosis | <input type="checkbox"/> Anormalidades espinales, tales como, spina bífida o escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, u otro trastorno autoinmune | <input type="checkbox"/> Trastornos de tiroides u otros trastornos endocrinales |
| | <input type="checkbox"/> Otro. Favor de identificar la discapacidad o condición de salud: |
-

6. ¿Recibe usted beneficios de discapacidad del Seguro Social, tales como Ingresos Suplementales de Seguridad (ISS) o Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SDSS)?

- Sí No Prefiero No Responder

7. Estatus Educativo

¿Ha cambiado su nivel educativo mas alto desde su inscripción?

- Sí No

De haber cambiado, favor de contestar las siguientes preguntas:

- Escuela elemental
- Diploma de Escuela Superior/GED
- Escuela Tecnológica/aprendizaje/vocacional
- Algunos años de universidad
- Grado Asociado (AA)
- Grado Universitario
- Grado Profesional (e.g. MA, PhD, MD, JD)

De haber asistido algunos años a la universidad, provea el nombre de la escuela que asistió más recientemente:

De tener un Grado Asociado, provea el nombre de la escuela donde lo recibió:

De tener un Grado Universitario, provea el nombre de la escuela donde lo recibió:

De tener un Grado Profesional, provea el nombre de la escuela donde lo recibió:

Si no aparece su escuela, provea el nombre, el grado, diploma o certificado aquí:

8. Ley de Privacidad sobre la Divulgación de Información

Si, autorizo a Corporation for National and Community Service a divulgar la siguiente información personal a la Asociación de Alumnos de AmeriCorps.

Apellido _____ Primer _____ IM _____

Número y Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Email _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Ext _____

No autorizo a Corporation for National and Community Service a divulgar mi información personal a la Asociación de Alumnos de AmeriCorps.

9. Oportunidades Después de Completar el Servicio

A Corporation for National and Community Service le interesa proveerle información y recursos para que se mantenga activo en el servicio y que lo conecten con oportunidades educativas, profesionales y de alumno. Favor de marcar todas las que apliquen.

- Me interesa comunicarme con otros alumnos de AmeriCorps.
- Me interesa aprender más sobre oportunidades educativas y como usar mi Premio Educativo Segal.
- Me interesan los adiestramientos de desarrollo profesional, recursos de crear resumes y oportunidades de empleo.
- No me interesa ninguna de esta información y recursos.

Certificación de Servicio

Certifico que la información incluida era verídica y correcta al momento de asistir a las horas de servicio del programa y que no incluyen actividades de servicio prohibidas por ley, reglamentos o provisiones becarias. Al firmar esta formulario de inscripción, acuerdo, a proveer documentación para verificar la información que he proporcionado en este formulario.

Comprendo que incluir información falsa en este formulario a sabiendas podría ser una ofensa con una de las siguientes condenas: una multa o cárcel o ambos bajo Sección 1001 de Título 18, USC; exclusión de participación de programas federales, y pérdida de los beneficios que pueda recibir como resultado de mi inscripción u otras acciones autorizadas por la Ley de Remedios de Fraude Civil, (31 USC 3801-3812.)

Firma del Miembro _____

Fecha _____

Declaración de privacidad—La siguiente información es proporcionada en acorde con la Ley de Privacidad de 1974: El propósito principal de la información es para inscribir a un miembro para un término de servicio y para el programa del Premio Educativo de Segal. La información evaluativa ayudará a CNCS a mejorar sus programas y servicios para sus miembros. La información podría ser compartida con otras agencias, tales como la Administración de Seguro Social, a través de contratos de búsquedas electrónicas con el propósito de verificar la información de ciudadanía e identidad proporcionada por usted en este documento. Su número de seguro social (NSS) es solicitado bajo la autorización del Código de Rentas Internas (26 U.S.C. 611(b) y 619) para ser utilizado como un número de identificación de contribuyente. Negarse a proporcionar su NSS actual o cualquier otra información podría resultar en la denegación de recibir el Premio Educativo de Segal o podría demorar el procesamiento de su premio Educativo de Segal. Toda la información obtenida será utilizada para uso oficial solamente, será tratada de manera confidencial y no será divulgada a menos que sea necesario para alguna necesidad oficial.

Obligación de divulgación pública — El tiempo estimado para completar este formulario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, es de tres minutos para la sección de Miembro, y cuatro minutos para la sección de Certificación Oficial. Envíe comentarios referentes a esta obligación o a lo contenido en este formulario a: Corporation for National and Community Service, National Service Trust, 250 E St. SW, Washington, DC 20525. CNCS informará a las personas que potencialmente responderán a esta colección de información que no son requeridos a responder a la información coleccionada a menos que porte un numero de control de OMB vigente en este formulario (vea 5CFR 132.5(b)(2)(1)).

Para Uso Oficial Solamente

Información de salida deberá ser sometida electrónicamente a Corporation dentro de 30 días después de haber completado el servicio.

2da PARTE

Oficial que Certifica la Inscripción: Favor de Completar y Firmar

Esta sección deberá ser firmada por el oficial autorizado a certificar. El programa deberá designar oficiales autorizados electrónicamente a Corporation for National and Community Service.

1. **Nombre del Programa (o Recinto de AmeriCorps*NCCC)** _____

2. **Número de I.D. del Sitio Operacional** _____

3. **Horas de Servicio Trabajadas** _____
(no aplica para VISTA) Horas

4. **Fecha de Finalizar el Tiempo de Servicio** _____
Mes Día Año

5. **Tipo de Inscripción**
(Marque uno solamente.)

- Tiempo completo (1700 horas anuales o 365 días anuales para VISTA)
- Tres cuartos de tiempo (1200 horas)
- Asociado de verano de VISTA (10-12 semanas)
- Mitad de tiempo (900 horas en no más de 2 años)
- Mitad de tiempo (900 horas en no más de 1 año)
- Mitad de tiempo reducido (675 horas)
- Un cuarto de tiempo (450 horas)
- Tiempo mínimo/verano (450 horas)
- Afiliado de AmeriCorps (100 horas)

6. **Estatus de Elegibilidad para el Premio Educativo Segal AmeriCorps:**
Indique si el Miembro es elegible para un premio educativo. Favor de seguir los reglamentos corporativos al hacer la siguiente selección. Si el Miembro servirá otro termino bajo el National Service Trust, deberá completar un Formulario de Inscripción.

- Elegible para el premio educativo completo (miembro completó servicio exitosamente)
- Elegible para parte del premio educativo (miembro no completo su servicio debido a razones personales importantes)
- No es elegible para el premio educativo (miembro no cumplió con los requisitos de servicio)
- No es elegible para el premio educativo (miembro eligió otro beneficio)
- No es elegible para el premio educativo (miembro fue despedido por mala conducta)
- No es elegible para el premio educativo. Otro (Especifique): _____

¿Se desempeñó exitosamente el miembro (completó todas los deberes, tareas y proyectos)? Sí No

7. **Certificación de Servicio**

Certifico que, a mi mayor entender, el miembro antes mencionado reportó horas trabajadas en uno de los siguientes programas de servicio: AmeriCorps, Silver Scholar, o Serve America Fellow, horas del servicio del programa no incluyeron actividades de servicio prohibidas por ley, regulaciones o provisiones becarias; Que el miembro se desempeñó exitosamente (completó todas los deberes, tareas y proyectos); y que las horas de servicio trabajadas indicadas en este formulario para este miembro son verídicas y exactas.

Comprendo que incluir información falsa a sabiendas en este formulario podría ser castigado con una multa, cárcel o ambos en acorde con la Sección 1001 del Título 18, U.S.C. u otras acciones autorizadas por la Ley de Remedios de Fraude Civil, (31 USC 381-3812.)

Firma del Oficial que Certifica: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Oficial que Certifica (En letra de molde): _____

Obligación de divulgación pública — El tiempo estimado para completar este formulario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, es de tres minutos para la sección de Miembro, y cuatro minutos para la sección de Certificación Oficial. Envíe comentarios referentes a esta obligación o a lo contenido en este formulario a: Corporation for National and Community Service, National Service Trust, 250 E St. SW, Washington, DC 20525. CNCS informará a las personas que potencialmente responderán a esta colección de información que no son requeridos a responder a la información coleccionada a menos que porte un numero de control de OMB vigente en este formulario (vea 5CFR 132.5(b)(2)(1)).