

**ACUERDO DE SERVICIO VOLUNTARIO - RECURSOS NATURALES Y CULTURALES**

1. TIPO DE ACUERDO VOLUNTARIO (Elija 1) <input type="checkbox"/> Individual <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> Grupo		2. NOMBRE DEL GRUPO (si pertenece)	
3. NOMBRE DEL VOLUNTARIO O DEL LÍDER DEL GRUPO QUE COMPLETA EL FORMULARIO (Apellido, Nombre)		4. CIUDADANO ESTADOUNIDENSE O RESIDENTE PERMANENTE <input type="checkbox"/> Si, soy ciudadano estadounidense o residente permanente <input type="checkbox"/> No, no soy ciudadano estadounidense o residente permanente (Si procede, indique el tipo de visa _____)	
5. DIRECCIÓN, CALLE, NÚMERO DE DEPARTAMENTO	6. CIUDAD	7. ESTADO	8. CÓDIGO POSTAL
9. FECHA DE NACIMIENTO	10. TELÉFONO	11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
<b>12. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Opcional):</b> Por favor, indique tanto la etnia como la raza y díganos si es veterano o tiene alguna discapacidad. Los encuestados multirraciales pueden seleccionar dos o más razas. Esta información nos ayudará a entender la diversidad y la inclusión entre la fuerza de voluntarios en las áreas de recursos naturales y culturales.			
12a. Origen étnico (Elija una): <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen español <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen español		12b. Raza (Elija uno o más, independientemente del origen étnico): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	
		12c. ¿Es usted un veterano militar o militar en servicio activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		12d. ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
13. Nombre (Apellido, Nombre)	14. TELÉFONO	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
16. DIRECCIÓN, CALLE, NÚMERO DE DEPARTAMENTO	17. CIUDAD	18. ESTADO	19. CÓDIGO POSTAL
<b>EL FUNCIONARIO DE GOBIERNO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN</b>			
20. NOMBRE DE AGENCIA/OFICINA		21. ACUERDO #	
22. NOMBRE DE CONTACTO DE LA AGENCIA (Apellido, Nombre)		23. CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO DE CONTACTO DE LA AGENCIA	
24. REEMBOLSOS APROBADOS: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo y porcentaje de reembolso:		25. NOMBRE DEL PROYECTO DEL GRUPO/GRUPO DE VOLUNTARIOS	
26. <b>Descripción del servicio a realizar.</b> Proporcione un breve resumen de la actividad de voluntariado o servicio y la ubicación de la actividad de voluntariado, y adjunte la descripción del servicio a realizar. La descripción del servicio debe incluir detalles tales como el compromiso de tiempo y horario, el uso de un vehículo del gobierno, el uso de equipo y/o vehículo personal, las habilidades requeridas (anote las certificaciones si son necesarias), el nivel de actividad física requerido, etc.			
RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE VOLUNTARIADO/SERVICIO			
27. <b>Marque todas las que apliquen:</b>			
<input type="checkbox"/> Descripción del servicio adjunto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar válida necesaria <input type="checkbox"/> Autorización médica requerida		<input type="checkbox"/> Formulario de Inscripción de Voluntarios OF-301b para grupos adjunto <input type="checkbox"/> Se requiere investigación de antecedentes <input type="checkbox"/> Otros:	
		<input type="checkbox"/> Evaluación de riesgos adjunta	

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA VOLUNTARIOS MENORES DE 18 AÑOS**

28. NOMBRE	29. TELÉFONO	30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
31. DIRECCIÓN, CALLE, NÚMERO DE DEPARTAMENTO	32. CIUDAD	33. ESTADO	34. CÓDIGO POSTAL

35. Confirmando que soy el padre/tutor del voluntario mencionado arriba Entiendo que el programa de voluntarios de la agencia no ofrece compensación, salvo que la ley disponga lo contrario, y que el servicio no conferirá al empleado la condición de empleado federal. He leído la descripción adjunta del servicio que realizará el voluntario. Doy mi autorización \_\_\_\_\_ para participar en la actividad voluntaria especificada.

36. (NOMBRE DEL JOVEN)

37. Firma del padre/tutor

38. Fecha

**DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO Y DEL LÍDER DEL GRUPO**

39.  Entiendo que no recibiré ninguna compensación por el servicio mencionado y que los voluntarios NO se consideran empleados federales, salvo que la ley disponga lo contrario. Entiendo que el servicio voluntario no es acreditable para la acumulación de permisos o cualquier otro beneficio de los empleados. También entiendo que tanto el gobierno como yo, podemos cancelar este acuerdo en cualquier momento notificando a la otra parte. Entiendo que mi puesto de voluntario puede requerir una comprobación de referencias, una investigación de antecedentes y/o una investigación de antecedentes penales para que pueda desempeñar mis funciones.
- Entiendo que todas las publicaciones, películas, diapositivas, videos, esfuerzos artísticos o similares, resultantes de mis servicios voluntarios, tal como se indica específicamente en la descripción del trabajo adjunto, pasarán a ser propiedad de los Estados Unidos, y como tal, serán de dominio público y no estarán sujetos a las leyes de derechos de autor.
- Entiendo los requisitos de salud y condición física para realizar el trabajo tal y como se describe en la descripción del trabajo y en el lugar del proyecto.
- No conozco ninguna condición médica o limitación física que pueda afectar negativamente mi capacidad (o la de los miembros del grupo) para prestar este servicio. (Si se trata de un grupo, consulte el documento OF-301b adjunto)
- Doy mi consentimiento para ser fotografiado y para que se divulgue mi imagen fotográfica. (Si se trata de un grupo, consulte el documento OF-301b adjunto)

**Por la presente, presto mis servicios de forma voluntaria según lo descrito anteriormente, para ayudar en las actividades autorizadas en \_\_\_\_\_ y me comprometo a seguir todas las directrices de seguridad aplicables. Consulte el OF301b adjunto si se trata de un miembro de un grupo. (NOMBRE DE LA AGENCIA FEDERAL)**

40. Firma del voluntario o del líder del grupo

41. Fecha

La agencia arriba mencionada se compromete, mientras este acuerdo esté en vigor, a proporcionar los materiales, el equipo y las instalaciones que estén disponibles y sean necesarios para llevar a cabo el servicio descrito anteriormente, y a considerarle a usted como empleado federal solo para efectos de reclamaciones por daños y perjuicios, responsabilidad civil y compensación por lesiones en la medida en que no esté cubierto por su grupo de voluntarios, si lo hubiera.

42. Firma del representante del gobierno

43. Fecha

**TERMINACIÓN DEL ACUERDO**

44. Fecha de terminación del acuerdo:

45. Total, de horas completadas:

46. Firma del representante del gobierno:

**TERMINACIÓN DEL ACUERDO**

Completar este formulario es voluntario, pero el hecho de no proporcionar la información impedirá la participación en el programa. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, un organismo no puede participar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. En número de control OMB válido para esta recopilación de información es el 1093-0006. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. El Departamento del Interior de los Estados Unidos (USDOI), el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (USDOD) y el Departamento de Comercio de los Estados Unidos (USDOC) son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades y prohíben la discriminación en todos los programas y actividades por motivos de raza, color, nacionalidad, género, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual y estado civil o familiar. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación de información del programa deben ponerse en contacto con el programa de voluntariado al que se presentan. Si desea presentar una queja relacionada con la Sección 508, por favor, póngase en contacto con el Programa de la Sección 508 del DOI por correo electrónico en: section508@ios.doi.gov o por teléfono al (202) 208-1530.

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

La recopilación y el uso están amparados por el Sistema de Registros de la Ley de Privacidad INTERIOR/DOI-05 Sistema de Archivos de los Servicios de Voluntariado del Interior (que puede consultarse en: <https://www.doi.gov/privacy/doi-notices>) y OPM/GOVT-1 Registros Generales de Personal (que puede consultarse en: <https://www.opm.gov/information-management/privacy-policy/#url=SORNs>) y es coherente con las disposiciones de 5 USC 552a (Ley de Privacidad de 1974), que autoriza la aceptación de la información solicitada en este formulario. La información se utiliza para identificar a las personas interesadas en participar en un programa de voluntariado del gobierno, el manejo del programa de voluntariado, incluidas las reclamaciones por daños y perjuicios. Los registros o la información contenida en este sistema pueden divulgarse fuera de las agencias que participan en este programa como uso rutinario de acuerdo con el 5 U.S.C. 552a(b)(3). Completar este formulario es voluntario, pero el no proporcionar la información impedirá la participación en el programa.