

إذا رغبت بالتطوع أو المراقبة داخل مباني المنطقة التعليمية (Ritenour) يجب أن يكمل المعلومات التالية في الإستمارة.
الإستمارة ستسلم الى المدرسة التي ترغب بالحضور إليها. يجب أن تحمل معك أوراقاً ثبوتية شخصية. مدير المدرسة أو الشخص المسؤول من حقه الموافقة أو الرفض لأي طلب.

الإسم الكامل _____

العنوان الكامل _____

رقم الهاتف _____

الإيميل _____

أنا سأطوع في _____

(في حالة المراقبة)

سأراقب لأنني من هذه المؤسسة _____

رقم المؤسسة _____

الشخص المسؤول في المؤسسة _____

أنا _____ أعرف بأنني قد أطلع على معلومات حساسة عن الطلاب، لهذا فلن أسربها أو أفشيها كتابةً أو بالإنترنت أو تسجيلاً صوتياً أو مرئياً أو شفهيًا عن أي طالب. لن أكشف هذه المعلومات لأي شخص في المجتمع. أنا أفهم بأنني إذا فشلت بالمحافظة على أسرار الطلاب فمن حق (Ritenour) أن تمنعني من التطوع أو المراقبة داخل مبانيها.

لأنني سأطوع فقد أحتاج أن أكون مع الطلاب أكثر من مرة واحدة. في ميسوري القانون يحتم عليّ أن أطلع المسؤولين على سجلي الخاص (في حالة كوني متحرش جنسياً)

إذا كنت قد إتهمت بالتحرش الجنسي ولم أبلغ المدرسة فقد أعرض نفسي للمسؤولية القانونية و الملاحقة من قبل السلطات.

توقعي أدناه يؤكد أنني لم أعاني من إدانة قانونية بالتحرش الجنسي أو المخدرات أو جرائم عنف ، ولا توجد إتهامات ضدي من أي من هذه الأنواع، وأنا لست مسجلاً كمتحرش جنسي.

التوقيع _____ التاريخ _____

Approved by (Building Administrator) _____ Date _____

Human Resource Department Received _____

Missouri State Highway Patrol

REQUEST FOR CHILD ABUSE OR NEGLECT / CRIMINAL RECORD

TYPE OF SERVICE (Check ALL that apply) See reverse side for further instructions. <input checked="" type="checkbox"/> (1) CD Central Registry Child Abuse Search Only - No Charge <input type="checkbox"/> (2) Name Search - (\$13.00) and CD Central Registry Child Abuse Search <input type="checkbox"/> (3) Fingerprint Search & CD Central Registry Child Abuse Search <input type="checkbox"/> \$14.00 (Authorized Statute 210.487) <input type="checkbox"/> \$20.00 (All other request)	TYPE OF DAYCARE PROVIDER <input type="checkbox"/> (1) License <input type="checkbox"/> (2) License Exempt <input type="checkbox"/> (3) Registered
--	--

IDENTIFYING DATA (Please type or print information legibly in ink.) The subject of the request must complete the next section and sign.

APPLICANT'S NAME (Last, First, MI, Jr., Sr., III)					
MAIDEN NAME	DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	STATE OF BIRTH	SEX	RACE	
ALIAS NAME(S)	SOCIAL SECURITY NUMBER		DRIVER'S LICENSE NUMBER / STATE /		
ADDRESSES FOR PAST 5 YEARS					
STREET	CITY	STATE	STREET	CITY	STATE

Have you ever been found guilty to or been convicted of any criminal act in this state or any state?

YES (Complete section below) NO, I have not been found guilty to or been convicted of any criminal offense in this state or any state.

DATE	CITY	STATE	COUNTY	CIRCUMSTANCES (Identify charges, attach separate page, if necessary.)

Have you ever been substantiated as a perpetrator in any child abuse or neglect report made to the Children's Division in this state or any state?

YES (Complete section below) NO, I have not been substantiated as a perpetrator in any child abuse or neglect report.

DATE	CITY	STATE	COUNTY	CIRCUMSTANCES (Attach separate page, if necessary.)

The information provided is complete and accurate to the best of my knowledge. I understand it is unlawful to withhold or falsify information required on this form. I grant permission to the Department of Social Services to obtain any and all information needed to process my request and to use the information as permitted by law.

SIGNATURE OF APPLICANT (REQUIRED IN INK)	DATE
SIGNATURE OF REQUESTOR (Required in ink)	DATE
TITLE OF CHILD CARE PROVIDER	TELEPHONE
STATE AGENCY	STATE VENDOR OR CONTACT NO. (If applicable)

CHECK APPROPRIATE BOX

<input type="checkbox"/> CHILD CARE RELATED EMPLOYMENT	<input type="checkbox"/> DOH / CCB CHILD CARE BUREAU	<input type="checkbox"/> SCHOOLS / PUBLIC AND PRIVATE
<input type="checkbox"/> CHILD CARE RELATED VOLUNTEER	<input type="checkbox"/> DMH / DMH VENDOR	<input type="checkbox"/> CD CONTRACT PROVIDER
<input type="checkbox"/> CD LICENSURE	<input type="checkbox"/> HEALTH CARE	<input type="checkbox"/> OTHER _____

<p style="text-align: center;">COMPLETE RETURN ADDRESS (REQUIRED ON EACH APPLICATION) Complete your mailing label below Confidential Mail</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">AGENCY NAME Ritenour School District</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ATTENTION Wendy Jackson</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ADDRESS 2420 Woodson Road</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">CITY, STATE, ZIP CODE St. Louis, MO 63114</td> </tr> </table>	AGENCY NAME Ritenour School District	ATTENTION Wendy Jackson	ADDRESS 2420 Woodson Road	CITY, STATE, ZIP CODE St. Louis, MO 63114	<p>SEND FEE & FORM TO:</p> <p>Missouri State Highway Patrol Criminal Justice Information Services Division P.O. Box 9500 Jefferson city, MO 65102</p>
AGENCY NAME Ritenour School District					
ATTENTION Wendy Jackson					
ADDRESS 2420 Woodson Road					
CITY, STATE, ZIP CODE St. Louis, MO 63114					