

# ARKLA CONFERENCE



## FORMULARIOS

# Tabla de Contenidos

<b>Información General:</b>	3
<b>Formas Anuales del Club</b>	
Club de Guías Mayores Aplicación Anual	4
Certificado de Membresía	5
<b>Formas Para Personal Voluntario</b>	
Aplicación de Personal Voluntario	6
Información Medica	8
Guía para Vehículo Personal	9
Formas para Referencias	10
Papelería del Personal	11
Formas de Reclamo de Accidente	12
Notas	14

# Información General

**Conference Coordinadora de Guías Mayores: Brenda C. Perez**

Phone #: 501-617-7816

Email: [arklamasterguides@gmail.com](mailto:arklamasterguides@gmail.com)



**Conference Director de Jovenes:**

Phone # (318) 631-6240 Fax # (318) 631-7611

Email: @arklac.org

**Secretaria: Juliana Mercado**

Phone #: (318) 631-6240 ext 115 Fax #: (318) 631-7611

Email: [jmercado@arklac.org](mailto:jmercado@arklac.org)

**Conference Adventist Risk Management Representative (Dep. Tesorero): Rodney Dykes**

Phone # (318) 631-6240

**Arkansas-Louisiana Conference of Seventh-day Adventists**

Dirección Física: 7025 Greenwood Road, Shreveport, LA 71119

**Página Oficial de Eventos e Información** [www.arkladyouth.com](http://www.arkladyouth.com)

**AdventSource** (Uniformes, etc.) 1-800-328-0525 <https://www.adventsource.org>

**ARM Insurance for Short Term Travel & Recreational Sports** <https://adventrisk.org/en-US/Insurance>

**Emergency Drill & Safety Information** <https://adventrisk.org/en-US/Safety-Resources>

**“Adventist Screening Verification” training and background check:**

<https://www.nadadventist.org/asv>

# Club de Guías Mayores Aplicación Anual



Nombre de Club: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Iglesia Patrocinadora: \_\_\_\_\_

Dirección de Iglesia: \_\_\_\_\_

Pastor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Director de Club Electo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Director: \_\_\_\_\_

Email del Director: \_\_\_\_\_

**Complete anualmente y envíe por correo este formulario y los siguientes archivos adjuntos antes del 30 de Septiembre: Envíe por correo a:** SDA Conference Office Youth Department, 7025 Greenwood Road, Shreveport, LA 71119

1. Formulario de Certificado de Membresía
2. Cheque o giro postal (\$ 10 tarifa por cada persona que figura en el Formulario de Certificado de Membresía)
3. Copias del formulario de solicitud de personal voluntario y el formulario de verificación de referencia (debe ser completado por CADA persona de 18 + años que figura en el formulario de certificado de membresía).

### El Propósito de los Guías Mayores es:

1. Involucrar a nuestros jóvenes de 16 años en adelante empoderándolos como líderes a través de una capacitación efectiva, equipándolos y desarrollándolos para el servicio.
2. Desarrollar líderes semejantes a Cristo para discipular a niños y jóvenes.
3. Ver a todos los jóvenes salvos para el reino de Dios.

**El compromiso de la Iglesia con los Guías Mayores:** Nosotros, los firmantes, hemos leído, entendemos y estamos totalmente de acuerdo con la filosofía de los Guía Mayores. Estamos de acuerdo en apoyar a nuestro club con los medios que el Señor le ha dado a esta iglesia. Esto incluye finanzas, personal voluntario, un lugar de reunión, transporte para excursiones y cualquier otra necesidad que pueda surgir en el cumplimiento de este ministerio.

### Firmas:

Pastor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1er Anciano: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Secretaria de Iglesia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Director GM: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro de Junta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro de Junta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro de Junta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro de Junta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Certificado de Membresía

Nombre de Club: \_\_\_\_\_ Iglesia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Por favor enviar esta forma y \$10 Tarifa de conferencia para CADA uno de los participantes. Puede hacer copias adicionales según sea necesario.

Verifique todas las categorías que se aplican a cada participante.

Nombre del miembro del club	Edad	Personal Voluntario	Conductor potencial Edad 25+

**Otros** (Las personas que no son miembros de tiempo completo, pero aún requieren cobertura de seguro para eventos fuera del sitio a los que deseen asistir) Marque todo lo que corresponda.

Nombre del individuo	Cónyuge del personal	Niño (personal) Menores de 10 años	Conductor potencial Edad 25+

# Formulario de Solicitud de Personal Voluntario

Una copia de este formulario debe completarse anualmente y enviarse por correo a la Conferencia Arkansas-Louisiana y a la Administración de Adventist Risk Management.

Información personal		Fecha de solicitud:	
Iglesia/Club:			
Apellido		Nombre	
Cumpleaños		# de teléfono	
Dirección			
Email			
Estado civil		Nombre de cónyuge	
Nombre del niño		Edad del niño	
Religión		Iglesia Local	
Título(s) Poseído(s) y Fecha de Recepción		Institución que otorga el título	
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión/enfermedad que pueda limitar su participación en las actividades de los Ministerios de Niños/Jóvenes? SÍ o NO En caso afirmativo, describa:			
¿Alguna vez ha sido acusado o disciplinado por alguna conducta sexual ilegal, abuso infantil y/ o abuso sexual infantil? SÍ o NO En caso afirmativo, describa:			

Experiencia laboral que lo calificaría para trabajar con niños/ jóvenes:			
Título del trabajo	Descripción de deberes	Fecha	Lugar
Referencias que pueden verificar que usted es apto para trabajar con niños / jóvenes:			
Pastor:	Ciudad:	Estado:	Cell:
Nombre:	Ciudad:	Estado:	Cell:
Nombre:	Ciudad:	Estado:	Cell:

Adventist Screening Verification (Verificación de Detección Adventista)		
Cada adulto de 16+ años debe completar el Adventist Screening Verification training & background check at <a href="https://www.nadadventist.org/asv">https://www.nadadventist.org/asv</a> y proporcionar prueba de finalización	Fecha de finalización	

<b>Información del conductor</b> (opcional: adultos de 25+ años solamente) La información se envía a Adventist Risk Management)					
Licencia de conducir #				Seguridad social #	
Estado de licencia		Expiration Date		Tipo de vehículo	
Años de experiencia de conducción				Millas recorridas anualmente	
Estados en los que ha tenido licencia en los últimos 3 años:					
Citaciones y accidentes en los últimos 3 años: (Fecha, detalles, ubicación)					
He recibido, leído y entiendo las Pautas de uso de vehículos personales (por favor, inicial a la derecha)					
Envíe una copia de su seguro de vehículo (nivel de cobertura de \$ 100,000 / \$ 300,000) y su licencia de conducir junto con este formulario.				¿Prueba proporcionada?	

**Declaración de Servicio Voluntario del Personal:** Cualquier persona de 16+ años debe completar este formulario. La información en este formulario se utilizará para evaluar a los voluntarios del ministerio juvenil. Está diseñado para proteger a los jóvenes del abuso y para proteger a la organización de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Este registro pasa a ser permanente y es propiedad de la Conferencia. Podrá remitirse a otra Conferencia en caso de traslado del solicitante. La información será copiada y enviada a la iglesia local para que el pastor y los líderes del programa la utilicen para determinar las calificaciones del personal solo si el individuo es aprobado. Cuando una iglesia local solicita información sobre un solicitante, la Conferencia no puede divulgar ningún detalle y puede responder solo con "recomendado", "no recomendado" o "recomendado con condiciones anotadas". En caso de acusaciones contra el solicitante, se debe dar la oportunidad de respuesta por parte del acusado. Esta respuesta también se convierte en parte del registro.

**Declaración de conducta sexual:** Los programas Aventureros, Conquistadores y Guía Mayores de Arkansas-Louisiana son propiedad y están operados por la Asociación de Adventistas del Séptimo Día de Arkansas-Louisiana. Como tal, cualquier empleado o personal voluntario de los programas Aventurero, Conquistador o Guía Mayor representa a la Conferencia de Adventistas del Séptimo Día de Arkansas-Louisiana y, por lo tanto, se espera que respete y practique las creencias y convicciones de la organización. Los empleados o personal voluntario que participan en actividades sexuales inapropiadas o la promoción de cualquier comportamiento sexual que sea inconsistente con la creencia y misión adventista no son elegibles para el empleo o la participación como personal voluntario.

Para completar "Adventist Screening Verification" Capacitación y verificación de antecedentes:  
<https://www.nadadventist.org/asv>

La información anterior es precisa hasta donde recuerdo. Entiendo que este es un puesto voluntario y no recibiré remuneración por servicios y tiempo. He leído y entiendo la declaración de servicio voluntario del personal y la declaración de conducta sexual. He leído y entiendo las Pautas de uso de vehículos personales. Por la presente autorizo a Risk Management Services, Inc., a obtener mi registro de operación de vehículos motorizados. En el caso de un registro deficiente, entiendo que Risk Management Services, Inc., puede notificar a la Oficina de Conferencia. De lo contrario, la información se mantiene confidencial. NOTA: El personal voluntario no puede comenzar a trabajar hasta que se hayan aprobado sus antecedentes y registros de manejo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Official Use:  Recommended  Not Recommended Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 Notes: \_\_\_\_\_

# Información Médica del Personal Voluntario

Cada miembro del personal debe completar el siguiente formulario. Esta información confidencial es solo para uso del club y no se proporcionará a la oficina de la conferencia.

Nombre	
--------	--

Información de salud			
Alergias Alimentarias		Alergias a medicamentos	
Restricciones físicas		Condiciones médicas	
Restricciones dietéticas		Médico (Nombre y teléfono)	
Aseguranza Médica		Número de póliza de seguro	
Hospital preferido			

Medicamentos	Nombre del medicamento	Dosis administrada	Tiempo/Frecuencia administrada	Motivo de la administración
Historial de salud	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hay Fever <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Tubos oídos <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dolor estomacal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Problema de Corazón <input type="checkbox"/> Lentes/Contactos <input type="checkbox"/> Problemas menstruales <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja <input type="checkbox"/> Alergia al roble venenoso / hiedra <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades pasadas / Hospitalización / Cirugías			
Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> DTP Series <input type="checkbox"/> Polio/OOPV <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Sarampión/rubéola alemana <input type="checkbox"/> Tetanos <input type="checkbox"/> Examen de Tuberculosis <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Otra información de salud?				

Contacto de emergencia 1			
Nombre		Celular	
Teléfono		Relación	
Contacto de emergencia 2			
Nombre		Celular	
Teléfono #1		Relación	
Contacto de emergencia 3			
Nombre		Celular	
Teléfono #1		Relación	



## Pautas de uso de vehículos personales



**Proporcione una copia de este documento a cada conductor potencial.**

**Los conductores deben:**

1. Tener al menos 25 años de edad
2. Tener un mínimo de aseguranza de \$ 100,000 por persona / \$ 300,000 por límites de responsabilidad de ocurrencia. (Consulte la sección Y 29 20 3.b para conocerlos requisitos de seguro de uso regular.)
3. Proporcione una copia de su licencia de conducir y seguro del vehículo. SOLO los conductores con un buen historial de manejo (no más de dos citaciones de tránsito y sin accidentes culpables) podrán operar un vehículo en nombre de la iglesia.
4. Envíe una copia del "Formulario de solicitud de personal voluntario" a la Oficina de la Conferencia
5. Exija a los ocupantes que usen cinturones de seguridad.
6. No participar en "conducción distraída" (no enviar mensajes de texto, comer, beber, leer, ajustes del sistema de navegación o disciplina bulliciosa de los niños mientras el vehículo está en movimiento).
7. No sobrecargar los vehículos.
8. Verifique que el vehículo esté en buen estado de funcionamiento (neumáticos, escobillas limpiaparabrisas, todas las luces, etc.).

Para viajes largos, asegúrese de que haya suficientes conductores para que nadie tenga que conducir más de tres horas seguidas.

Si alguien que no sea el propietario conducirá el vehículo, obtenga información sobre el seguro del propietario (nombre de la compañía, número de póliza y término de la póliza) y proporcione esta información a la persona que conducirá el vehículo. El conductor necesitará esta información si ocurre un accidente. Adventist Risk Management no recomienda el uso de automóviles que no sean propios en eventos aprobados. Sin embargo, si se utilizan vehículos que no son propios, siga las siguientes pautas: La póliza de seguro de automóviles de Adventist Risk Management proporciona cobertura para vehículos no propios en exceso de peso. Está diseñado para proteger a la organización, no al propietario del vehículo. En caso de accidente, el propietario del vehículo debe acudir primero a su compañía de seguros.

Asegúrese de que los conductores entiendan que su seguro de automóvil personal es "primario" y que su seguro es responsable de cualquier daño causado por el vehículo o al vehículo. Acuerde con el propietario o conductor quién será responsable de cualquier deducible integral o de colisión que pueda aplicarse a los daños causados al vehículo prestado.

Consulte la Póliza de Trabajo de la División Norteamericana, Sección S 60 31 Seguro de Vehículo y Sección Y29 Póliza de Automóvil.

Cada póliza de seguro contiene límites, condiciones y exclusiones. Lea la póliza cuidadosamente, ya que es posible que no responda a todas las reclamaciones por daños.

## Verificación de Referencia del Personal Voluntario: Año \_\_\_\_\_

Las referencias proporcionadas por todos los solicitantes de personal voluntario deben verificarse anualmente utilizando este formulario. **Esta información debe permanecer confidencial y debe enviarse a la oficina de la conferencia junto con el formulario de solicitud del personal voluntario.**

Nombre de Aplicante	
Iglesia / Club	
#1 Nombre del referenciante	
Título del referenciante	
Fecha y hora de contacto	
Persona que realiza el contacto	
Forma de Contacto	Teléfono      Email      Cara a cara      Otro:
Resumen de las observaciones relativas a la aptitud e idoneidad del solicitante para el trabajo juvenil	

Nombre de Aplicante	
Iglesia / Club	
#2 Nombre de referenciante	
Título del referenciante	
Fecha y hora de contacto	
Persona que realiza contacto	
Forma de Contacto	Teléfono      Email      Cara a cara      Otro:
Resumen de las observaciones relativas a la aptitud e idoneidad del solicitante para el trabajo juvenil	

Nombre de Aplicante	
Iglesia / Club	
#3 Nombre de referenciante	
Título del referenciante	
Fecha y hora de contacto	
Persona que realiza el contacto	
Forma de Contacto	Teléfono      Email      Cara a cara      Otro:
Resumen de las observaciones relativas a la aptitud e idoneidad del solicitante para el trabajo juvenil	

Firma del Director: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Lista de Verificación de Papeleo Voluntario

Esta lista de verificación está diseñada para ayudar a los directores de clubes a asegurarse de que toda la documentación del personal voluntario haya sido recopilada de todos.

Nombre	Solicitud Personal Voluntario	Información Médica de Voluntarios	Verificación de Detección Adventista	Aseguranza de carro	Licencia de Manejo	Verificación de Referencia	Otros

# Formulario de Reclamo de Accidente en la Iglesia

Enviar por correo a Arkansas-Louisiana Conference, PO Box 31000, Shreveport, LA 71130

<b>A completar por la organización de la iglesia:</b>		
Nombre de la Iglesia:		
Dirección de la Iglesia:		
<b>Información de la persona cubierta:</b>		
Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Padre/Tutor:
Dirección:		Teléfono:
<b>Detalles Nombre de la lesión/enfermedad:</b>		
Fecha de la lesión/enfermedad:	Hora:	Ubicación:
¿Sucedio esto durante/en un evento patrocinado por la iglesia? _____ Evento: Nombre: _____ Horario del evento: _____ Ubicación del evento: _____ Tipo de actividades en el evento: _____ _____ ¿Fue supervisado el reclamante cuando esto sucedió? _____		
¿Sucedio esto en las instalaciones de la actividad? _____ ¿Sucedio esto mientras viajaba hacia o desde un evento en un vehículo autorizado? _____		
¿Cómo y dónde sucedió esto? Por favor, sea específico.		
Nombre del líder:	Título del líder:	Teléfono:
Nombre del testigo:		Teléfono:
Nombre del testigo:		Teléfono:
Nombre del testigo:		Teléfono:
Persona que escribe/envía este informe (si es diferente):		Teléfono:

**Por la presente certifico que las declaraciones hechas anteriormente son correctas a mi leal saber y entender y que la reclamación anterior estaba cubierta en virtud del presente en el momento del accidente / lesión / enfermedad.**

Firma del funcionario supervisor: \_\_\_\_\_ Titulo \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**A completar por el reclamante, padre o tutor**

Por favor, adjunte los recibos. No se entregará ningún cheque sin el recibo adecuado de los servicios.

Haga el cheque pagadero a:

Nombre y dirección del médico(s):

Nombre y dirección del hospital(es):

¿Qué otro seguro y/o asistencia médica tiene que cubra esta pérdida? Enumere los nombres del proveedor involucrado:

¿Está mandando una copia del pago por parte de su empresa en esta reclamación? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o su cónyuge algún otro plan que proporcione asistencia médica para gastos médicos/atención médica? \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por la presente certifico que la lesión o enfermedad ocurrió como se indica y que todos los tratamientos enumerados anteriormente se debieron enteramente a esta reclamación; que la reclamación no era el resultado de una condición congénita, predisponente o preexistente. Por la presente autorizo a cualquier médico u hospital que haya tratado al reclamante anterior a proporcionar a la compañía de seguros, o a su representante, cualquier información solicitada. Una fotocopia de esta autorización se considerará válida.**

Firma del reclamante, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Dirección del reclamante, padre o tutor \_\_\_\_\_

**Notas:**

1. Los beneficios CAP se proporcionan para los gastos cubiertos incurridos dentro de 1 año después de la fecha del accidente. Los primeros \$500 de gastos cubiertos se pagan independientemente de otro Plan que proporciona beneficios de gastos médicos. Se pagan cargos adicionales cuando están en EXCESO de otro Plan que proporciona beneficios de gastos médicos al máximo aplicable. Si no está cubierto por otro Plan que proporciona beneficios de gastos médicos, la disposición en exceso no se aplicará y los beneficios se pagarán hasta el límite de \$5,000.00.
2. Todas las lesiones corporales accidentales y enfermedades cubiertas deben ser reportadas al líder/ director inmediatamente.
3. Es responsabilidad de la persona cubierta asegurarse de que este informe se envíe por correo a los Servicios de Gestión de Riesgos dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.
4. Adjunte el estado de cuenta del médico y/o la facturación detallada a este formulario.

NOTAS: