ACUERDO DE CONOCIMIENTO DE RIESGOS PARA VOLUNTARIOS

Yo,_____, ofreceré mi tiempo y servicios como voluntario para
St. John the Evangelist Catholic Church

Por la presente reconozco y declaro que no soy su empleado, ni soy elegible para ninguna compensación o beneficio proporcionado a un empleado. Como voluntario, reconozco y acepto que no se me compensa de ninguna manera por los servicios prestados. Además, reconozco y acepto que no se me proporciona ningún tipo de cobertura de seguro de discapacidad o compensación para trabajadores u otro programa de seguro similar. Como participante de este programa, por la presente declaro que soy consciente y acepto el riesgo inherente a la actividad del programa mencionado anteriormente.

Cobertura de Responsabilidad: Se me ha informado que el Programa de Seguros Diocesano mantiene un seguro de responsabilidad civil general, así como un seguro de directores y oficiales, para protegerme como una "Persona Cubierta" por mis acciones negligentes cubiertas por estas pólizas, solo mientras actúo en el alcance de mis responsabilidades definidas, que pueden resultar en daños o lesiones a otra persona o personas. Sin embargo, reconozco que estas pólizas no me protegerán por actos criminales o intencionales cometidos por mí. Además, entiendo que puede no haber cobertura de seguro por alegaciones de negligencia en reclamos de actividad de abuso sexual que involucre a un menor, lo que incluiría empleo, retención y / o supervisión de cualquier tipo.

Uso de vehículos: Además, reconozco, con respecto a cualquier vehículo personal conducido por mí como voluntario, que en caso de accidente, no se me brinda cobertura a través del Programa de Seguro Maestro Diocesano por daños físicos sufridos en cualquier vehículo involucrado o responsabilidad incurrida por mí mientras operaba mi vehículo.

Reembolso de gastos médicos: Reconozco y acepto que hay cobertura de accidentes de voluntarios, así como cobertura de pagos médicos disponible para mí con el fin de compensarme por los gastos en los que incurro de deducibles, copagos, medicamentos recetados o servicios médicos no cubiertos a través de mi propio proveedor(es) de seguro de salud por cualquier lesión que sufra como resultado de la prestación de mis servicios. Estoy de acuerdo en que cualquier cobertura(s) médica que tenga será primaria y bajo ninguna circunstancia buscaré ninguna contribución de la Parroquia, o de su compañía de seguro, para gastos médicos hasta que se agote toda la cobertura subyacente que pueda o no aplicar. Reconozco que las circunstancias y los niveles de cobertura pueden variar y que la Diócesis no tiene la obligación de continuar manteniendo dicha cobertura para mis gastos médicos.

Consentimiento informado para tratamiento médico: En el caso de una lesión, por la presente le doy a la PARROQUIA plena autoridad para tomar cualquier acción que consideren justificada bajo las circunstancias con respecto a mi salud y seguridad si no estoy en condiciones de dar mi consentimiento informado, incluyendo, pero no limitado a la aplicación de procedimientos médicos de emergencia, la admisión a un hospital o el cuidado de un profesional médico a mi cargo.

Seguridad: Además, acepto seguir todos los procedimientos y precauciones de seguridad establecidos por la Diócesis y la PARROQUIA, además de garantizar la protección de los menores de la conducta sexual inapropiada y / o abuso infantil para cumplir con los requisitos adoptados por la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos y la Póliza sobre la protección de niños / jóvenes y la prevención de la conducta sexual inapropiada y / o el abuso infantil de la Diócesis Católica de Arlington.

Autorización de uso de fotos, prensa, audio y medios electrónicos: Además, autorizo a la Diócesis Católica de Arlington, sus parroquias, sus escuelas y / o al Arlington Catholic Herald a usar y publicar las fotografías y / o videografías en las que aparezco, y / o grabaciones de audio hechas de mi voz. Estoy de acuerdo en que la Diócesis Católica de Arlington, sus parroquias, sus escuelas y / o el Arlington Catholic Herald pueden usar tales fotografías, videos y / o grabaciones de audio mías con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, tales como noticias, publicidad, ilustración, boletín y contenido web.

Ejecuto libremente este Acuerdo con pleno conocimiento de su contenido y completo entendimiento de mi estatus y derechos como voluntario.

_____ _____

Firma del Voluntario Fecha

_____ _____

Firma del padre / tutor legal (si es voluntario menor de 18 años) Fecha