

FORMULARIO DE SALIDA DE AMERICORPS

Este formulario pone fin al período de un miembro de AmeriCorps en National Trust e informa acerca de la elegibilidad del miembro para una beca educativa. Además, proporciona a la Corporación datos referentes a la evaluación de la salida.

DIRECTIVAS PARA LOS MIEMBROS:

1. Utilice tinta de color azul o negro.
2. Escriba en letra de molde clara.
3. Complete y firme la Parte I.
4. Devuelva el formulario completo a su **Director de Programa**. Los miembros de AmeriCorps *VISTA deben devolver los formularios a la **Oficina Estatal de la Corporación**.

PARTE I Miembro: Sírvase completar y firmar

1. Nombre _____
 Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

2. Número de Seguro Social _____

3. Dirección de correo (el sitio donde se debe enviar la beca educativa)

Número y calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

N.º de teléfono del domicilio _____ N.º de teléfono comercial _____ Extensión _____

4. Oportunidades posteriores al servicio:
 La Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario desea invitarlo a seguir relacionado con el servicio y desea ayudarlo a relacionarse con las oportunidades educativas y profesionales disponibles para los egresados. Si usted está interesado en seguir relacionado con las siguientes organizaciones, sírvase indicarlo a continuación.

Sí, otorgo mi permiso a la Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario para que divulguen mi nombre, dirección (incluido mi correo electrónico) y número de teléfono a los siguientes tipos de organizaciones:

- Instituciones educativas que están interesadas en reclutar ex miembros de AmeriCorps o que proporcionan programas especiales para ex miembros
- Organizaciones que ofrecen oportunidades de desarrollo profesional o puestos fijos a los miembros de AmeriCorps
- Organizaciones de egresados de AmeriCorps
- Organizaciones que patrocinan oportunidades de servicio y desean reclutar miembros de AmeriCorps

Tengo especial interés en las siguientes áreas y temas (marque todas las opciones que correspondan):

Educación Seguridad pública Vivienda Medio ambiente Salud Ayuda para casos de catástrofe

Seguridad nacional Actividades comunitarias y religiosas

No, no deseo que mi información se comparta con otras organizaciones

Certificado de servicio:
 Certifico que el tiempo que informé como horas de servicio para AmeriCorps no incluye ninguna actividad de servicio prohibida por la ley, las regulaciones o las cláusulas del subsidio.

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es correcta.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que una declaración falsa, intencional y deliberada en este formulario puede ser penada con una multa o prisión o ambas, según la Sección 1001 del Título 18 del Código de EE. UU.

Declaración de la Ley de Privacidad: en cumplimiento con la Ley de Privacidad de 1974, se suministra la siguiente información. La recopilación de esta información está autorizada por las cláusulas de la Ley de Servicio Nacional y Comunitario, según enmiendas de la Ley de Servicio Nacional y Comunitario de 1993. El propósito principal de la información es obtener por parte de los representantes del programa de AmeriCorps sus decisiones con respecto a si un miembro completó con éxito un período de servicio y es elegible para recibir una beca educativa. Esta información de evaluación ayudará a la Corporación a mejorar sus programas y servicios para los miembros. Para las personas que han indicado su deseo de recibir información adicional acerca de las organizaciones de egresados o sobre oportunidades educativas especiales para egresados, se informa que sus nombres, direcciones y números de teléfono serán compartidos con esas organizaciones a tales fines. A excepción de lo que se indica aquí, no se divulgará ninguna información fuera de la Corporación sin tener permiso escrito al respecto. El Servicio de Impuestos Internos ha determinado que la beca educativa es tributable en el año en que se utilice. Su Número de Seguro Social (SSN) se solicita conforme a la autoridad del Código de Impuestos Internos (28 U.S.C. 6011(b) y 6109), para ser utilizado como número de identificación del contribuyente. No revelar el número SSN o cualquier otra información pertinente puede dar por resultado la denegación de su beca educativa o puede demorar su procesamiento.

DIRECTIVAS PARA EL OFICIAL DE CERTIFICACIÓN:

1. Utilice tinta de color azul o negro.
2. Escriba en letra de molde clara.
3. Complete y firme la Parte 2.
4. Si utiliza los sistemas WBRS o SPAN (para integrantes de VISTA), sírvase proporcionar el formulario a todos los que ingresen datos en esa base de datos de su programa.

La información de salida se debe presentar de manera electrónica a la Corporación dentro de los 30 días de la finalización del servicio.

PARTE 2 Oficial de certificación: Sírvase completar y firmar

Esta sección debe ser firmada por un oficial de certificación autorizado. El programa debe designar en forma electrónica los funcionarios de certificación correspondientes a la Corporación para el Servicio Nacional Comunitario.

1. Nombre del Programa o Campus de AmeriCorps*NCCC _____

2. Número de ID del sitio operativo _____

3. Horas de servicio realizado _____

(no se aplica para VISTA) Horas

4. Fecha de finalización de _____

Período de servicio Día Mes Año

5. Tipo de inscripción

(Marque una sola opción).

- Tiempo completo (1700 horas por año o 365 días para VISTA)
- Mitad de tiempo (900 horas en un período de hasta 2 años)
- Mitad de tiempo reducido (675 horas)
- Un cuarto de tiempo (450 horas)
- Tiempo mínimo/Verano (300 horas)

6. Estado de beca educativa:

Indique si el miembro es elegible para una beca educativa o no. Asegúrese de respetar las regulaciones de la Corporación al realizar esta selección. Si el miembro va a prestar servicio por otro período conforme a la entidad National Service Trust, debe completar un nuevo Formulario de Inscripción en el Servicio Nacional.

- Elegible para una beca educativa completa (el miembro ha completado con éxito su servicio)
 - Elegible para una beca educativa parcial (el miembro no completó la totalidad del período de servicio debido a razones personales de fuerza mayor)
 - No elegible para una beca educativa (el miembro no completó la totalidad de los requisitos de servicio)
 - No elegible para una beca educativa (el miembro eligió el beneficio alternativo)
 - No elegible para una beca educativa. Otro (especifique): _____
- ¿El miembro se desempeñó satisfactoriamente (completó todas las tareas asignadas, los trabajos y proyectos) Sí No

7. Certificado de servicio

Según mi leal saber y entender, el tiempo que el miembro citado anteriormente informó como horas de servicio de AmeriCorps no incluye ninguna actividad de servicio prohibida por la ley, las regulaciones o las cláusulas del subsidio.

Certifico que las horas de servicio prestadas que se indicaron en este formulario para este miembro de AmeriCorps son correctas y exactas.

Firma del oficial de certificación: _____ **Fecha:** _____

Nombre del oficial de certificación (escriba en letra de molde): _____

Entiendo que una declaración falsa, intencional y deliberada en este formulario puede ser penada con una multa o prisión o ambas, según la Sección 1001 del Título 18 del Código de EE. UU.

Carga horaria para suministrar información pública: El tiempo estimado para completar este formulario, incluido el tiempo empleado para revisar indicaciones, recopilar y proporcionar la información necesaria para completar el formulario es de 3 minutos para la sección de Miembros y de 4 minutos para la sección del Oficial de certificación. Envíe comentarios con respecto a esta carga horaria o al contenido de este formulario a: Corporation for National and Community Service, National Service Trust, 1201 New York Avenue, NW, Washington, DC 20525. La Corporación informa a las personas que posiblemente respondan a esta recopilación de información que no es necesario que respondan a la recopilación de información, salvo cuando se muestre un número de control OMB vigente en esta página del formulario (consulte 5CFR 1320.5(b)(2)(1)).