

Condiciones de servicio voluntario

Aceptación de riesgo / liberación e indemnización

Entregue una copia del formulario completo a: riskmanagement@uoregon.edu Fax: 541-346-7008

Como voluntario/a que brinda servicios para la Universidad de Oregón ("Universidad"), este documento destaca su aceptación de riesgo y el reconocimiento de la medida en que puede estar cubierto por el seguro de la Universidad. Lea atentamente la siguiente información y firme la página número dos para reconocer que ha asumido los riesgos asociados con su actividad como voluntario/a.

Definición de voluntario: Un/a voluntario/a es una persona designada para realizar funciones oficiales de la Universidad como servicio público sin remuneración. * La Universidad recibe el beneficio principal del trabajo realizado por el/la voluntario/a. Un/a empleado/a de la Universidad no puede ofrecerse como voluntario/a para realizar las tareas enumeradas en la descripción de su trabajo.

Al firmar a continuación, certifico lo siguiente:

1. Ofrezco mis servicios con fines benéficos, cívicos o humanitarios;
2. No se me ha prometido ni espero recibir una compensación por mis servicios;
3. Presto dichos servicios libremente y sin presión o coerción de la Universidad o de cualquiera de sus agentes;
4. Si soy un/a empleado/a de la Universidad, certifico que los servicios y deberes que proporciono y realizo para la Universidad de Oregón en mi calidad de empleado son diferentes y distintos de los servicios y deberes que estoy brindando como voluntario/a; y
5. * Si me pagan una tarifa nominal o si me reembolsan los gastos en los que incurro, entiendo que dicho pago no está vinculado a mi productividad como voluntario/a. [NOTA: las cantidades pagadas a los/as voluntarios/as deben ser menos del 20% de la cantidad que se pagaría a un empleado para realizar las mismas tareas].

Actualmente soy empleado/a de la Universidad. Departamento: _____

NO soy empleado/a de la Universidad.

Responsabilidad de Agravio. Estará protegido/a de la responsabilidad civil por lesiones o daños a terceros/as o propiedad ajena, sujeto a las siguientes condiciones generales:

1. Está trabajando en una tarea universitaria asignada por un supervisor/a universitario/a autorizado/a;
2. Limita sus acciones a los deberes asignados; y
3. Realiza las tareas asignadas de buena fe y no actúa de una manera imprudente o con la intención de infligir daño ilegalmente a otras personas o propiedades.
4. Las condiciones y límites de esta protección son los establecidos en la Ley de reclamos por agravios de Oregón, ORS 30.260-300.

Responsabilidad por vehículos motorizados. Si utiliza un vehículo de propiedad personal en el curso de sus funciones, debe ser un conductor/a universitario/a certificado/a. También se requiere que tenga un seguro de responsabilidad civil del automóvil con al menos los límites mínimos legales de responsabilidad, que será su cobertura principal por cualquier daño a la propiedad o lesiones incurridas en ese vehículo.

Seguro de compensación de trabajadores. No se proporciona seguro de compensación de trabajadores para los voluntarios/as de la Universidad.

Informes Siempre que esté involucrado en un accidente o expuesto a una posible situación de responsabilidad mientras realiza las tareas asignadas, debe informar a _____ (supervisor/a, departamento) y la Oficina de Gestión de Riesgos, (541) 346-8316, dentro de las primeras 24 horas.

Deberes asignados: si los deberes incluyen trabajar con menores, se requiere una verificación de antecedentes a través de Recursos Humanos.

Puede adjuntar una segunda hoja si necesita espacio adicional para anotar sus tareas asignadas..

Total de horas de voluntariado _____ estime el total de horas para esta actividad durante este año fiscal (1 de julio - 30 de junio). Complete un formulario nuevo cada año para el servicio voluntario que continúa en el próximo año fiscal, si se ofrece como voluntario/a para una actividad diferente o si cambian las tareas.

LEA Y COMPLETE EL OTRO LADO DE ESTE DOCUMENTO

Lea atentamente la siguiente sección

Aceptación de riesgos: La participación como voluntario/a conlleva ciertos riesgos inherentes que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tenga para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos van desde (1) lesiones menores como rasguños, contusiones y esguinces (2) lesiones mayores como lesiones oculares o pérdida de la vista, lesiones en las articulaciones o la espalda, ataques cardíacos, y conmociones cerebrales a (3) picaduras de insectos, parásitos y otras enfermedades, a (4) lesiones catastróficas que incluyen parálisis y muerte. La actividad en persona durante la pandemia de COVID-19 conlleva riesgos mayores que no pueden eliminarse independientemente de la atención que se tome para evitar enfermedades o lesiones. La universidad no puede garantizar la seguridad o la inmunidad contra el coronavirus. Dada la extraordinaria pandemia de coronavirus, además de lo anterior, existen riesgos de: contracción, exposición e infección resultante del coronavirus, otros virus o bacterias; cuarentena u otra incapacidad para viajar.

Reconozco que la lista anterior no incluye todos los riesgos posibles de participar en la Actividad, y soy consciente de los riesgos involucrados, ya sea que se describan o no. Soy consciente de cómo acceder a la información del Centro para el Control de Enfermedades, la Autoridad de Salud de Oregón, la Salud Pública del Condado de Lane y agencias gubernamentales similares para comprender los riesgos actualizados relacionados con la pandemia de coronavirus. Estoy de acuerdo en averiguar cómo participar en la actividad de manera segura, y estoy de acuerdo en observar las reglas y prácticas que puedan emplearse para minimizar el riesgo de lesiones. He leído los párrafos anteriores y conozco, entiendo y aprecio estos y otros riesgos inherentes como voluntario/a. Por la presente afirmo que mi participación como Voluntario/a es voluntaria y que asumo conscientemente todos esos riesgos.

En consideración de poder ser voluntario/a para la Universidad y que la Universidad entregue cobertura de responsabilidad como se detalla anteriormente, yo, por mi mismo/a, mis herederos/as, ejecutores/as, administradores/as y beneficiarios/as, **libero y descargo para siempre al Estado de Oregon, la Junta administrativa de la Universidad de Oregon, La Universidad de Oregon y sus respectivos funcionarios/as, empleados/as, miembros, agentes y voluntarios/as (las "Partes exoneradas")** de todas y cada una de las demandas o reclamos por daños o lesiones, de cualquier causa de demanda o acción, conocida o desconocida, que yo pueda tener contra las Partes Exoneradas y de toda responsabilidad bajo la Ley de Reclamaciones por Agravios de Oregon, ORS 30.260-300, por cualquier daño o perjuicio a mi salud que resulte o surja de mis actividades voluntarias que no sea causado por negligencia o actos intencionales de las Partes Exoneradas.

Este comunicado no se extiende o renuncia a ningún derecho que pueda tener bajo la Ley de Reclamaciones de Agravios de Oregon, ORS 30.260-300, a la defensa e indemnización de cualquier demanda, reclamo, petición o acción presentada en mi contra, o responsabilidad a la que pueda estar sujeto/a, o que surja de mis actividades voluntarias autorizadas. Certifico que no existen razones o problemas relacionados con mi salud que impidan o restrinjan mi capacidad para ser voluntario/a en la Universidad.

Entiendo que puede desarrollarse una emergencia que requiera la administración de atención médica. Por lo tanto, en caso de lesión o enfermedad, autorizo a la Universidad a asegurar cualquier tratamiento apropiado, incluida la administración de anestesia y cirugía. Entiendo que dicho tratamiento será exclusivamente a mi cargo. Sin perjuicio de este párrafo, entiendo y acepto que la Universidad no tiene la obligación de proporcionar o buscar ningún tratamiento médico. También autorizo a la Universidad a comunicarse con la persona identificada como contacto de emergencia en caso de una emergencia.

Declaro que **tengo dieciocho años de edad o más,** * que he leído este acuerdo completo y entiendo las disposiciones anteriores y que acepto estar regido/a por ellas.

Entiendo que al firmar este acuerdo estoy liberando reclamos y renunciando a derechos sustanciales, incluido mi derecho a demandar.

Nombre del voluntario/a		UO I.D. #	
Dirección		Teléfono	
Firma		Fecha	

Supervisor/a y Dept.		Teléfono	
Firma del/la Supervisor/a		Fecha	

*** SI EL/LA PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS, UN PADRE/MADRE O TUTOR/A DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN.**

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A (por favor letra legible): _____

FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR/A: _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del/la contacto de emergencia (por favor letra legible): _____

Número de teléfono del/la contacto de emergencia _____

Relación con el/la voluntario/a: _____