



**MENOR RENUNCIA VOLUNTARIA Y LIBERACIÓN DE RECLAMO**

**MINOR VOLUNTEER WAIVER AND RELEASE OF CLAIM**

***Favor de volver la forma de parroquia/escuela/organización eclesiástico***

Nombre del voluntario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo o celular: \_\_\_\_\_

Yo, ( \_\_\_\_\_ ), doy permiso de que mi hijo(a),  
\_\_\_\_\_, participe en el o los siguientes proyectos de voluntariado:  
\_\_\_\_\_

Como padre o tutor legal, permanezco responsable en lo legal por cualquier acción personal llevada a cabo por el/la menor de edad mencionado(a) anteriormente.

Acepto a mi nombre, a nombre de mi hijo(a) aquí mencionado(a), o nuestros herederos, sucesores y asignados, liberar de responsabilidad y defender a \_\_\_\_\_ sus ejecutivos, directores, empleados y agentes, y a la Arquidiócesis de Denver, sus empleados y agentes, acompañantes o representantes relacionados con las actividades de cualquier demanda que surja de o con relación a la participación de mi hijo(a) en dichas actividades, o en cuanto a cualquier enfermedad o lesión (incluyendo la muerte) o costo de tratamiento médico relacionados con los mismos, y acepto compensar a \_\_\_\_\_ sus ejecutivos, directores y agentes, y a la Arquidiócesis de Denver, sus empleados y agentes, acompañantes o representantes relacionados con las actividades por tarifas y gastos legales razonables que puedan incurrir en cualquier acción iniciada en su contra como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal demanda surja de la negligencia de \_\_\_\_\_, o de la Arquidiócesis de Denver.

Mi hijo(a) cuenta con las siguientes restricciones o alergias: \_\_\_\_\_

Con excepción de lo anterior, mediante la presente garantizo que, a mi saber, mi hijo(a) goza de buena salud y asumo plena responsabilidad por su salud.

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que autorice y consienta a cualquier atención médica de emergencia para mi hijo(a) que crea necesaria justificadamente. Acepto pagar cualquier gasto relacionado con tal atención médica. Comprendo y reconozco que \_\_\_\_\_ intentará obtener mi permiso por vía telefónica antes de autorizar o consentir a cualquier atención médica para mi hijo(a) si así lo permite el tiempo y las condiciones.

Comprendo y reconozco que cualquier gasto médico relacionado con enfermedad o lesión de mi hijo(a) durante el servicio como voluntario no están cubiertos por ningún programa de aseguramiento que mantenga la Arquidiócesis de Denver, y que yo soy el principal responsable por cubrir dichos gastos.

También queda entendido que él o la suscrito(a) ofrece su tiempo y trabajo para el o los proyectos mencionados anteriormente. Él o la suscrito(a) acusa y comprende que, en papel voluntario, no es elegible para cualquier sueldo u otros beneficios del empleo, tal como seguro de prestación para trabajadores, y él o la suscrito(a) renuncia totalmente a cualquier alegato para los mismos por cualquier trabajo o actividad a los que contribuya.

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

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