California State PTA
cada **niño.** *una* **voz.**
2327 L Street, Sacramento, CA 95816-5014 916.440.1985 • FAX 916.440.1986 • info@capta.org • capta.org

FORMULARIO DE CONFLICTO/DENUNCIANTE

CUESTIONARIO ANNUAL

Instrucciones: Por favor complete este formulario y entregue a su tesorero.
Tesorero: Recoja el Formulario Conflicto/Denunciante de cada miembro de la mesa directiva y comité.
Archivar los formularios con los registros del tesorero

NOMBRE DE LA UNIDAD _____

NOMBRE:_____Teléfono: (_____) _____

CARGO EN LA PTA: _____

Ocupación:_____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

1. He leído la política sobre conflictos de intereses de la PTA de California: ___Iniciales
2. He leído la política sobre denunciantes de la PTA de California: ___Iniciales
3. Entiendo que como miembro de la junta, tengo la responsabilidad de revisar los impuestos: ___Iniciales
4. ¿Actualmente recibe compensación por la PTA por servicios prestados a la organización (ya sea como empleado a tiempo parcial o a tiempo completo, contratista independiente, consultor u otro) o dentro de los 12 meses anteriores? Sí No
5. ¿Prevé recibir compensación de la PTA por la prestación de servicios como se describe en la pregunta 1 arriba durante los próximos 12 meses? Sí No
6. Si alguna persona relacionada a usted por sangre, matrimonio o cohabitación está siendo compensada actualmente por la PTA por los servicios prestados a ella como se describe en la pregunta 4 anterior dentro de los 12 meses anteriores, indique su nombre en el siguiente espacio e indique la relación de la persona con usted (si no se compensa a esa persona, escriba la palabra "nada" en el primer espacio):

   Nombre_____ Relación _____
7. Si cualquier persona que tenga una relación como se describe en la pregunta 6 de arriba anticipa la recepción de compensación por parte de la PTA por la prestación de servicios, como se describe en la pregunta 4 de arriba dentro de los próximos 12 meses, escriba su nombre en el siguiente espacio e indique la relación de esta persona con usted (si dicha persona no anticipa recibir compensación, escriba en letra de imprenta "ninguno" en el primer espacio). Sí No

   Nombre_____ Relación _____
8. ¿Es usted director, directivo, empleado o dueño de cualquier negocio o entidad que haya realizado negocios dentro de los anteriores 12 meses con la PTA de California o actualmente hace o piensa hacer negocios con ese negocio? Sí No

   Si contestó SI, explique el tipo de negocio, tipo(s) de transacción/es o relación:

_____

_____

Fecha:_____, 20___ Firma _____

_____
Nombre en letra de imprenta o a máquina

Consulte el capítulo de Cómo Administrar su PTA de la Carpeta de Recursos para obtener información adicional.