

PROGRAMA DE ALERTA



INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES INDIVIDUAL:

Nombre: _____ Apodo: _____
(Primer, Segundo, Apellido)

Género: M / F Raza/Etnia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Pueblo/Ciudad: _____

Dirección de casa anterior: _____

Telefono Movil #: _____

Proveedor de telefonía celular: _____

Dirección de trabajo: _____

Dirección de trabajo previo: _____

Altura: _____ Peso: _____ Color de pelo: _____ Color de los ojos: _____

Anteojos: SI NO frenillos dientes: SI NO

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Licencia de conducir / tarjeta de identificación #: _____

Estado: _____

Marca vehículo: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____ Placa: _____

Descripción física (cicatrices/marcas/tatuajes): _____

Condición de necesidades especiales/ discapacidad: _____

Identificadores de necesidades especiales:

Pulsera de identificación/Banda de alerta: SI NO

Collar de identificación: SI NO

Tarjeta de identificación para necesidades especiales: SI NO

Comunicación: Verbal No Verbal

Necesidades médicas: _____

Si el personal de emergencia (policía, bomberos, paramédicos) necesita obtener acceso de emergencia a la residencia, ¿tienen permiso para ingresar? SI NO

¿Hay un teclado para acceder? SI NO (SI, SI - CODIGO: _____)

¿Hay una clave oculta en la premisa? SI NO

Desencadenantes para evitar (si es posible): _____

Estrategias/necesidades de interacción positiva: _____

Lugares favoritos para visitar (parques, tiendas, etc.): _____

Hábitos de el individuo con necesidades especiales: _____

¿Ha desaparecido el individuo con necesidades especiales? SI NO

En caso afirmativo, cuándo/dónde se ubicaron? _____

El individuo con necesidades especiales es:

Yo mismo Miembro de la familia Amigo Otro _____

¿Hay una foto actual disponible? SI NO (En caso afirmativo, adjunte una foto actual)

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono casa/móvil: _____ Teléfono casa/móvil: _____

Relación: _____ Relación: _____

AUTORIZACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE LA PERSONA:

Necesidad especial verificada por: Yo mismo / Individuo con necesidades especiales
 Miembro de la familia
 Amigo
 Cuidador
 Persona médica familiarizada con el individuo

¿La persona con necesidades especiales tiene un perfil Smart911? SI NO

Además de enviar este formulario, le recomendamos que se registre para obtener un perfil de Smart911 en www.Smart911.com.

NOTA: Un comunicado firmado debe acompañar a este formulario de registro.

Complete el formulario de autorización correspondiente a continuación y envíelo con el formulario de registro.

FOR OFFICIAL USE ONLY			
Received Date:		Entered into CAD/Date & Initial:	
Initials/Badge Number:		Submitted to DUCOMM/ Date & Initial:	
Verified by Crime Prevention Supervisor:		Submitted to NORCOMM/Date & Initial:	
Verified by Agency:		Entered into 911/Date & Initial:	

ENVIAR FORMULARIO A:

Addison Consolidated Dispatch Center

FAX: 630-495-1906 or EMAIL: acdcwebdispatch@addison-il.org

FORMULARIO DE AUTOBLOQUEO DEL PROGRAMA DE ALERTA PREMISO

Presentación individual de necesidades especiales

Represento que yo, (nombre) _____ soy mayor de edad y reconozco que la información proporcionada en este documento se ha proporcionado de forma libre, voluntaria y precisa con el único propósito de ayudar a la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias a responder de manera más eficaz a una emergencia o posible emergencia que pueda involucrarme. Por lo tanto, autorizo el uso de esta información para ese propósito a discreción de la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia que me involucre. Estoy de acuerdo con la divulgación de esta información a cualquier policía, bomberos y agencias de respuesta a emergencias, que puedan necesitar acceso a esta información para responder a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrarme. Reconozco que al proporcionar esta información para el propósito indicado anteriormente, no tengo derecho a ningún trato preferencial ni a una respuesta más oportuna a cualquier emergencia o posible emergencia. Esta información se mantendrá archivada por un período que no excederá los dos (2) años. Se hará una notificación antes de ese plazo de 2 años. Si la información no se confirma en ese momento, la información se eliminará de esta base de datos. Estoy de acuerdo en mantener esta información actualizada y reconozco que la información proporcionada se convierte en propiedad del Departamento de Policía de Addison para el propósito indicado anteriormente. Además, para mí mismo, herederos, ejecutores, administradores, representantes de personal y cesionarios, renuncio y libero todos y cada uno de los derechos, reclamaciones y causas de acción que pueda tener contra la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia. involucrándome. Además, reconozco que al proporcionar esta información, no se establece ninguna relación ni deber, incluidos, entre otros, ningún contrato o agencia o relación o deber especial, entre yo y contra las agencias de respuesta de emergencia, bomberos y de policía que puedan responder a una emergencia o una posible emergencia que me involucre y que la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias antes mencionadas no renuncian ni limitan ninguna defensa de inmunidad disponible para ellos por ley. Al firmar, certifico que he leído y comprendido este formulario en su totalidad y por la presente doy permiso al *(el nombre del departamento de policía de su pueblo / ciudad)* _____ Departamento de Policía para ingresar esta información en la base de datos del Programa de Alerta Premisa.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ALERTA DE PREMISE

Representante de presentación individual de necesidades especiales

Represento que yo, (tu nombre) _____ Soy mayor de edad y estoy capacitado y represento (nombre de la persona con necesidades especiales) _____ como padre o tutor legal (se adjunta copia de la 'carta de oficio' según corresponda) y reconozco que la información proporcionada en este documento se ha proporcionado de forma libre, voluntaria y precisa con el único propósito de ayudar a la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias a responder de manera más eficaz a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrar (nombre de la persona con necesidades especiales) _____. Yo, por lo tanto, y en nombre de (nombre de la persona con necesidades especiales) _____ autorizar el uso de esta información para ese propósito a discreción de la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o una emergencia potencial que involucre a (nombre de la persona con necesidades especiales) _____. Estoy de acuerdo con la divulgación de esta información a cualquier policía, bomberos y agencias de respuesta a emergencias, que puedan necesitar acceso a esta información para responder a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrar (nombre de la persona con necesidades especiales) _____. Reconozco que al proporcionar esta información para el propósito indicado anteriormente, (nombre de la persona con necesidades especiales) _____ no tiene derecho a un trato preferencial ni a una respuesta más oportuna a cualquier emergencia o posible emergencia. Esta información se mantendrá archivada por un período que no excederá los dos (2) años. Se hará una notificación antes de ese plazo de 2 años. Si la información no se confirma en ese momento, la información se eliminará de esta base de datos. Estoy de acuerdo en mantener esta información actualizada y reconozco que la información proporcionada se convierte en propiedad del Departamento de Policía de Addison para el propósito indicado anteriormente. Además para (nombre individual de necesidades especiales) _____, sus herederos, albaceas, administradores, representantes de personal y cesionarios, renuncian y liberan todos y cada uno de los derechos, reclamaciones y causas de acción que puedan tener contra las agencias de policía, bomberos y de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia que involucre (nombre de la persona con necesidades especiales) _____. Además, reconozco que al proporcionar esta información, no se establece ninguna relación ni deber, incluidos, entre otros, ningún contrato o agencia o relación o deber especial, entre (nombre de la persona con necesidades especiales) _____ y los policías, bomberos y emergencias que involucran (nombre de la persona con necesidades especiales) _____ y que la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias antes mencionadas no renuncian ni limitan la defensa o inmunidad disponible para ellos por ley. Al firmar, certifico que he leído y comprendido este formulario en su totalidad y, por la presente, doy permiso al (nombre del departamento de policía de su ciudad / ciudad) _____ Departamento de Policía para ingresar esta información en la base de datos del Programa de Alerta Premisa.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____