

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 el 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 involucren (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: _____