

Departamento de Policía de Dover

Registro Para Gente Con Necesidades Especiales

Chief of Police Jonathan Delaney

El registro para personas con necesidades especiales del Departamento de Policía de Dover es un servicio voluntario abierto a todos los residentes con discapacidades que residen, estudian o trabajan dentro del municipio de Dover. Este registro fue creado para ayudar a los oficiales de policía y otro personal de emergencia a asistir a las personas con necesidades especiales en caso de una emergencia, al brindarles a los socorristas información vital sobre la discapacidad del registrante, información de contacto de emergencia, descripción física y fotografía actual.

Información del Registrante

Primer Nombre: _____ Apellido(s): _____

Segundo Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Licencia _____ Estado de Licencia: _____

Número de Teléfono de Casa: _____ Número de Teléfono de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Persona que esta llenado este formulario (si es diferente al anterior)

Primer Nombre: _____ Apellido(s): _____

Relación al Registrante: _____

Información del Vehículo (si corresponde)

¿El registrante posee u opera un vehículo? Si No

Número de placa: _____ Estado: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____

Número de placa: _____ Estado: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____

¿El registrante tiene y maneja una bicicleta? Si No

Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____

Identificadores Físicos del Registrante

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: M F NO BINARIO RAZA: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

COLOR DE PELO: _____ COLOR DE OJOS: _____

Lentes Correctivos: Lentes de Contacto Anteojos Gafas de sol (graduadas)

Cicatrices/Piercings/Marcas/Tatuajes (ubicación): _____

Comunicación del Registrante

Método de Comunicación:

Dispositivo Aumentativo/ Dispositivo de Asistencia No verbal Verbal Lenguaje de señas Escrito

¿Qué tipo de dispositivo aumentativo o dispositivo de asistencia utiliza el registrante?

¿Qué tipo de lenguaje de señas utiliza el registrante? _____

¿Qué idioma(s) habla o entiende el registrante?

Información de Escuela o Empleo

¿El registrante asiste a la escuela o trabaja? Sí No

Nombre de la escuela/empleador: _____

Dirección de la escuela/empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Número de teléfono de la escuela/empleador: _____ - _____ - _____ Nombre de contacto: _____

(Escuela/Empleador adicional): _____

Nombre de la escuela/empleador: _____

Dirección de la escuela/empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Número de teléfono de la escuela/empleador: _____ - _____ - _____ Nombre de contacto: _____

¿El solicitante de registro tiene asignado un trabajador social/trabajador social? Sí No

Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

¿Alguna otra información que pueda ser importante? _____

Necesidades Especiales Del Registrante

Indique las necesidades especiales del registrante: (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad de movilidad/Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Hiperglucemia (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Discapacidad de movilidad/Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Dependiente del oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Proyecto Life Saver |
| <input type="checkbox"/> Dependiente de Electricidad | <input type="checkbox"/> TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) |
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Problema de Audición/Sordo/Otras Discapacidades Auditivas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual y de Desarrollo. | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Life Alert | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual/Ciego |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Explique cualquiera de las preocupaciones médicas y que pondrá en peligro la vida del registrante (por ejemplo, alergias, alimentos, medicamentos, convulsiones, etc.): _____

¿El registrante utiliza un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen)? Sí No

En caso que sí, ¿adónde lo guarda? _____

Cualquier cosa que afecte al registrante (por ejemplo, ruidos fuertes, luces brillantes, etc.): Sí No

En caso de respuesta afirmativa, explique su caso por favor: _____

¿Hay alguna técnica o método que calme al registrante? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, explique su caso por favor: _____

¿El registrante frecuente / se acerca a el agua o a parques? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, explique su caso por favor: _____

¿Qué productos/equipos usa? (por ejemplo, medalla, pulsera, aplicación móvil, etc.) Y con qué proveedor tiene el registrante un dispositivo (Life Alert o Project Life Saber):

¿El registrante tiene un animal de servicio? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, escriba que tipo de animal, su nombre y con qué ayuda el animal de servicio: _____

Información de Contacto Principal

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono Residencial: _____ - _____ - _____ Número de Teléfono Celular: _____ - _____ - _____

Relación con el registrante: _____

¿Es esta persona el guardián legal del registrante? Sí No

Información de Contacto Secundario

Información de Contacto Principal

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono Residencial: _____ - _____ - _____ Número de Teléfono Celular: _____ - _____ - _____

Relación con el registrante: _____

FOTOGRAFÍAS DEL REGISTRANTE: Por favor proporcione las fotografías del registrante que considere necesarias para identificarlo adecuadamente. Se pueden incluir fotografías con esta solicitud si se envía por correo o se podrían entregar en la estación de la policía. Si envía esta solicitud por correo electrónico, incluya las fotografías como archivos adjuntos. **FOTOGRAFÍAS ENVIADAS:** Sí No

RECONOCIMIENTO

Reconozco que la información que se me proporciono es veraz, actual y válida; y estoy autorizado a presentarlo en mi propio nombre o como guardián legal con autoridad de presentarlo en nombre del registrante. También entiendo que al inscribirme a mí o al registrante en el Registro de Necesidades Especiales del Departamento de Policía de Dover, el personal de emergencia puede utilizar la información personal proporcionada en esta solicitud en caso de una emergencia personal u otra emergencia que involucre la solicitante de registro. También reconozco que será mi responsabilidad mantener actualizada la información proporcionada.

Entiendo que además de completar esta solicitud y participar en el Registro de Necesidades Especiales del Departamento de Policía de Dover es voluntario y no puede garantizar ningún resultado, promesa o beneficio de la participación en este programa. Completar y enviar esta solicitud constituye mi reconocimiento y aceptación de estas limitaciones y exenciones de responsabilidad.

He leído y entiendo la responsabilidad de que está indicada en la parte superior (su respuesta es obligatoria): Sí No

(Firma de la persona que completo esta solicitud)

(Fecha)

(Nombre)

Por favor entregue esta solicitud completa a (recuerde incluir fotografías):

Por correo o en persona

O

Por correo electrónico

Town of Dover Police Department

pier@doverpolicenj.org

Attn: Community Services/Special Needs Registry

Sujeto: Special Needs Registry

37 North Sussex Street Dover, N.J. 07801