



OFICINA DEL ALGUACIL, CONDADO DE SUFFOLK, N.Y.

**AGENCIA DE SEGURIDAD ACREDITADA
DEPARTAMENTO DEL PROYECTO SALVIDAS**

100 CENTER DRIVE
RIVERHEAD, N.Y. 11901
(631) 852-3003



**ERROL D. TOULON, JR., Ed.D.
ALGUACIL**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL PROYECTO SALVAVIDAS (NIÑOS)

Nombre del cliente: _____

Apodo(s): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular _____

Período de tiempo que ha residido en el domicilio antes mencionado: _____

Domicilio(s) anterior(es) del cliente: _____

DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____ Sexo: Masculino Femenino

Altura: _____ Pies _____ Pulgadas Peso: _____ Contextura: _____

Color de cabello: _____ Estilo de cabello: _____ Color de ojos: _____

Raza: _____ Compleción: _____

Vello facial: _____

Cicatrices, marcas, tatuajes distintivos (describir): _____

Si el cliente no entiende el inglés, indique qué idioma entiende: _____

Gafas: Sí No Audífonos: Sí No Dispositivos de movilidad: Bastón Andador

¿Sale solo el cliente? Sí No Si es así, explique: _____

SALUD DEL CLIENTE

Diagnóstico: _____ Diagnosticado a los: _____

Problemas médicos adicionales conocidos: _____

Problemas psicológicos conocidos: _____ Código postal: _____

_____ Teléfono celular: _____

Discapacidades físicas conocidas: _____

Medicamentos (nombre, dosis y frecuencia): _____

Médico tratante: _____ No. de teléfono: _____

HISTORIAL DE DEMABULACIONES/ESCAPADAS

Historial previo de deambulaciones: Sí No Si es así, explique incluyendo fechas, localidades y resultados:

HÁBITOS/PERSONALIDAD DEL CLIENTE

Consume productos de tabaco: Sí No Lleva fósforos: Sí No Lleva encendedor: Sí No

Consume alcohol: Sí No Si es así, tipo y frecuencia: _____

Lleva dinero en efectivo: Sí No Si es así, monto y lugar donde lo lleva: _____

Intereses/pasatiempos: _____

Extrovertido Reservado Habla con extraños Sí No Peligro para sí mismo u otros Sí No

El cliente teme a (los perros, gatos, personas, ruidos, oscuridad, etc.): _____

Acciones del cliente cuando está lastimado o asustado (llora, grita, se esconde, etc.): _____

El cliente tiene acceso a un vehículo: Sí No Si es así, número de matrícula del vehículo: _____

INDIVIDUOS QUE EL CLINTE PUEDE CONTACTAR SI SE PIERDE/DEAMBULA/ESCAPA

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____

CUIDADOR(ES)

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Email: _____

Nombre del empleador: _____

Domicilio del empleador: _____

Teléfono laboral: _____ Email: _____

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Email: _____

Nombre del empleador: _____

Domicilio del empleador: _____

Teléfono laboral: _____ Email: _____

ESCUELA/CENTRO DE ATENCIÓN GESTIONADA

Nombre de centro / organización: _____

Domicilio: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN/EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por favor, lea esta sección cuidadosamente y firme antes de enviar la solicitud

Yo, (nombre del tutor) _____, reconozco que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la aceptación en el Programa Proyecto Salvavidas del condado de Suffolk **no reemplaza la necesidad de atención supervisada permanente del**

(A) Yo, (nombre de tutor) _____ testifico que (nombre del cliente) _____ es supervisado(a) personalmente por mí y/u otro **adulto responsable las 24 horas, los 7 días de la**

(B) Yo, (nombre de tutor) _____ testifico que (nombre del cliente) _____ **no permanece sin supervisión en ningún momento.**

Si ambas declaraciones (A) y (B) anteriores NO SON VERDADERAS, el cliente potencial es inelegible para suscribirse en el Programa Proyecto Salvavidas. Si alguna parte de la respuestas de los cuidadores con imprecisas, el cliente ya no será elegible para participar en el Programa Proyecto Salvavidas.

Entiendo que, si bien el Proyecto Salvavidas utiliza un dispositivo de localización que ayuda a encontrar a los individuos que llevan el transmisor, es posible que, en ocasiones, no se pueda ubicar a un individuo debido a un mal funcionamiento del dispositivo u otras circunstancias imprevistas. Acepto asumir cualquier/toda responsabilidad asociada con la participación en el Programa Proyecto Salvavidas de la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk.

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud se compartirá con la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk y con otras agencias/organizaciones de búsqueda y rescate. Entiendo que ninguna información que he proporcionado, o proporcionaré en el futuro, se considerará confidencial o protegida.

También entiendo que el Proyecto Salvavidas es un programa patrocinado por la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk y trabaja en colaboración con otras agencias de la zona. Si el cliente es aceptado en el Programa Proyecto Salvavidas, él/ella acepta eximir de responsabilidad al condado de Suffolk, al Alguacil del condado de Suffolk y cada agencia y su respectivo personal de todas y cada reclamación de responsabilidad y/o daños, y renuncio a todo derecho de presentar recursos por cualquier pérdida o daño que pueda ocurrir como resultado de su participación en el Programa Proyecto Salvavidas de la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk.

He leído la "Hoja de Datos" del Proyecto Salvavidas y acepto sus términos y condiciones. Represento al cliente y declaro que tengo **amplias facultades y atribuciones como el representante debidamente autorizado del solicitante** para registrarme y actuar en su nombre.

Nombre del cuidador en letra de imprenta: _____

Firma del cuidador: _____