

# COUNTY OF SUFFOLK



## 警察局

### 特殊需求/Silver Alert 計畫

Suffolk County 警察局 (Suffolk County Police Department) 非常樂於向您說明我們所提供的特殊需求/Silver Alert 計畫。個人、家長、監護人、親戚或其他照護者皆可透過此計畫，在警察局的資料庫中登記特殊需求人士的相關資訊。該計畫的宗旨在於提供此項資訊給警察，使其得以在該特殊需求人士需要急難救助時立即伸出援手，進而針對其需求提供更好的照護。特殊需求/Silver Alert 計畫以患有下列症狀的人士為主要對象：

- ◆ 失智症 (包括阿茲海默症)
- ◆ 發展遲緩 (包括泛自閉症、心智發育遲緩/智能障礙)
- ◆ 嚴重心理疾病
- ◆ 其他可能會影響理解能力而致使患者精神恍惚、失去判斷力/迷路的認知障礙

登記此計畫的人士可以填寫「特殊需求/Silver Alert 登記表」，申請收到一份身分識別手環。這條手環**免收費**，而且內含一個不重複的號碼及代表 Suffolk County 警察局的號碼，急難救助人員可利用該號碼向警察洽詢與此人相關的資訊。

如需深入瞭解特殊需求/Silver Alert 計畫，請造訪我們的網站：[www.suffolkpdp.org](http://www.suffolkpdp.org)，然後按一下「**Amber/Silver Alert**」。若您有興趣使用登記系統，請下載登記表，您可在線上填寫登記表，也可以填寫**背面**的表單。您必須在表單上簽名；因此，您無法透過網路提交表單，而必須將填妥的表單寄回下列地址給特殊需求協調專員。另請郵寄**特殊需求人士的近照 (請於照片背面註明姓名和出生日期)**。我們會將表單上的資訊輸入到 Suffolk County 警察局的特殊需求/Silver Alert 資料庫中，如果您有提出申請，我們會盡快將身分識別手環郵寄給您

**如需詳細資訊，請聯絡：**

特殊需求協調專員

Bernadette Zimmermann

Suffolk County 警察局

(Suffolk County Police Department)

**E-mail:** Bernadette.zimmermann@suffolkcountyny.gov

公認執法機關

請造訪我們的網站：[www.suffolkpdp.org](http://www.suffolkpdp.org)

防範犯罪保密檢舉專線：1-800-220-TIPS

如有非緊急事務需要警察回覆，請撥 (831) 852-COPS

30 Yaphank Avenue, Yaphank, New York 11980 — (631) 852-6000



特殊需求人士的資訊：

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

個人描述

出生日期：\_\_\_\_\_ 種族：\_\_\_\_\_ 髮色：\_\_\_\_\_ 性別： 男性  女性

眼睛顏色：\_\_\_\_\_ 身高：\_\_\_\_\_ 體重：\_\_\_\_\_ 是否戴眼鏡： 是  否

疤痕/胎記/刺青：\_\_\_\_\_

失智症 (例如阿茲海默症)  發展遲緩 (例如泛自閉症、心智發育遲緩/智能障礙)

嚴重的精神疾病  其他可能會影響理解能力而致使患者精神恍惚、失去判斷力/迷路的認知障礙

醫療診斷：\_\_\_\_\_ 過敏：\_\_\_\_\_

藥物：\_\_\_\_\_

行走能力： 是  否  可言語  無法言語 聽到自己的名字是否有反應？  是  否

如果無法言語，能夠以哪一種方式溝通 (例如手語、照片、文字) \_\_\_\_\_

您是否需要我們寄送一份 Silver Alert 手環給您？  是  否 手環號碼：\_\_\_\_\_ (由 P.D. 指派)

您是否檢附了特殊需求人士的近照，並於照片背面註明其姓名和出生日期？  是  否

緊急聯絡人

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電子郵件：\_\_\_\_\_ 電話：(H) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電子郵件：\_\_\_\_\_ 電話：(H) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

請提供其他能夠幫助急難救助人員保護及照護上述人士的資訊。

您如何得知我們的服務？ \_\_\_\_\_

同意書/免責聲明

本人，\_\_\_\_\_ 為上述人士之家長/監護人，特此授權 Suffolk County 警察局 (Suffolk County Police Department) 保留此項資訊並將此項資訊告知急難救助人員 (消防隊、EMS 和警察)，用於確認上述特殊需求人士之身分並給予協助，除此之外不可用於其他用途。填寫此表不代表有權獲得服務，亦不代表雙方之間具有特殊關係。Suffolk County 警察局會在合理範圍內盡力將所獲資訊轉達給急難救助人員。然而，即便未能達成此目的，本局無需承擔任何責任，亦不以明示或暗示之方式保證將轉達前述資訊。

如情況有變化，家長/監護人有責任通知 SCPD。

系統將在輸入警示後 24 個月自動消除警示。

因此，每 24 個月必須更新一次地址警示。

正楷姓名：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 電子郵件：\_\_\_\_\_

登記號碼：\_\_\_\_\_ 自 CAD 移除的日期：\_\_\_\_\_

由 SCPD 指派

由 ITS 輸入

請將填妥的表單或情況變動資訊郵寄至：

Suffolk County 警察局 (Suffolk County Police Department) • 30 Yaphank Avenue • Yaphank, NY 11980 • ATT: Bernadette Zimmermann (特殊需求協調專員 - Special Needs Coordinator)