

## COUNTY OF SUFFOLK



### POLICE DEPARTMENT

#### Programa Necessidades Especiais/Silver Alert

O Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) tem o prazer de anunciar a disponibilidade do programa Necessidades Especiais/Silver Alert. Este programa permite que indivíduos, pais, responsáveis, parentes ou outros cuidadores façam o registro de pessoas com necessidades especiais no banco de dados do Departamento de Polícia. A intenção do programa é ter estas informações prontas para passar para os policiais respondendo a uma situação de emergência para que possam atender melhor às necessidades da pessoa. O programa Necessidades Especiais/Silver Alert destina-se a pessoas com:

- ◆ Demência (incluindo Mal de Alzheimer)
- ◆ Deficiências de Desenvolvimento (incluindo Espectro do Autismo, Retardo Mental/Incapacidade Mental)
- ◆ Doença Mental Grave
- ◆ Outros problemas cognitivos que possam impedir o raciocínio, fazendo a pessoa ficar vagando ou tornar-se desorientada/perdida

As pessoas registradas no programa podem preencher um formulário e solicitar o envio pelo correio de um bracelete de identificação do programa Necessidades Especiais/Silver Alert. O bracelete é **gratuito** e contém um número exclusivo, bem como um número que o pessoal de primeiros socorros do Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) pode utilizar para contatar a polícia e obter informações sobre aquela pessoa.

Para saber mais sobre o programa Necessidades Especiais/Silver Alert, visite o nosso website: [www.suffolkpd.org](http://www.suffolkpd.org) e clique em **Amber/Silver Alert**. Se você tiver interesse em utilizar o registro, faça o download do formulário de registro que pode ser preenchido online, ou preencha o formulário **no verso**. O formulário deve ser assinado; portanto, não pode ser enviado eletronicamente, mas sim através do correio para o Coordenador de Necessidades Especiais no endereço abaixo. Também gostaríamos de receber uma **foto recente da pessoa sendo registrada (escreva em letra de forma o nome e a data de nascimento no verso da foto)**. As informações do formulário serão inseridas no banco de dados do Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) projetado exclusivamente para o programa Necessidades Especiais/Silver Alert e se solicitado, um bracelete de ID será enviado brevemente pelo correio.

**Para mais informações, contate:**

Bernadette Zimmermann  
Special Needs Coordinator  
Suffolk County Police Department

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

#### ÓRGÃO POLICIAL

Visite o nosso website [www.suffolkpd.org](http://www.suffolkpd.org)  
Linha Direta Confidencial do Crime Stoppers para Denúncias  
(Crime Stoppers Confidential Tip Hotline) 1-800-220-TIPS  
Situações Sem Emergência que Exigem Resposta da Polícia  
(Non-Emergencies Requiring Police Response), ligue para (631) 852-COPS  
30 Yaphank Avenue, Yaphank, New York 11980 — (631) 852-6000



**INFORMAÇÕES PARA PESSOA COM NECESSIDADES ESPECIAIS:**

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO PESSOAL**

DN: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Cabelo: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Olhos: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Óculos:  Sim  Não

Cicatrizes/Marcas de Nascimento/Tatuagens: \_\_\_\_\_

Demência (por ex. Mal de Alzheimer)  Deficiências de desenvolvimento (por ex., Espectro do Autismo, Retardo Mental/Incapacidade Intelectual)

Doença Mental Grave  Outros problemas cognitivos que possam impedir o raciocínio, fazendo a pessoa ficar vagando ou tornar-se desorientada/perdida

Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Pode andar:  Sim  Não  Verbal  Não verbal **Atende pelo nome**  Sim  Não

Em caso de não verbal, consegue se comunicar de que forma (por ex., sinais, desenhos, por escrito) \_\_\_\_\_

Você gostaria de receber pelo correio um **Bracelete Alert Silver**?  Sim  Não **Bracelete No. :** \_\_\_\_\_ (Atribuído pelo D.P.)

Você anexou uma foto da recente da pessoa que quer registrar com o nome e a data de nascimento escritos no verso da foto?  Sim  Não

**CONTATOS PARA EMERGÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fone: (R) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fone: (R) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

Forneça informações adicionais que ajudarão o pessoal de emergência a auxiliar na segurança e cuidado da pessoa acima.

Como você ficou sabendo dos nossos serviços?

**DIVULGAÇÃO/RESSALVA**

Eu, \_\_\_\_\_ dou minha permissão como Pai/Responsável da pessoa acima, para o Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) coletar e distribuir estas informações para o pessoal de primeiros socorros (Bombeiros, Serviços Médicos de Emergência e Polícia) com a única finalidade de identificar e prestar assistência à pessoa mencionada acima com necessidades especiais. O preenchimento deste formulário não cria um direito aos serviços nem cria um relacionamento especial entre as partes. O Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) se esforçará para transmitir as informações ao pessoal de emergência. O Departamento, entretanto, não poderá ser responsável por falha ocorrida e não oferece nenhuma garantia, expressa ou implícita, de que as informações mencionadas serão transmitidas.

**É RESPONSABILIDADE DO PAI/RESPONSÁVEL NOTIFICAR AO SCPD QUALQUER ALTERAÇÃO NO STATUS. OS ALERTAS SÃO AUTOMATICAMENTE REMOVIDOS DO SISTEMA 24 MESES APÓS A DATA DE ENTRADA. PORTANTO, ALERTAS DE ENDEREÇO DEVEM SER RENOVADOS A CADA 24 MESES.**

Nome em Letra de Forma: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Registro: \_\_\_\_\_ Data a ser removido do CAD: \_\_\_\_\_

Assinatura do SCPD

Registrado por ITS