

COUNTY OF SUFFOLK



POLICE DEPARTMENT

Programa de Necesidades Especiales / Alerta de Plata Special Needs / Silver Alert Program

El Departamento de Policía del Condado de Suffolk se complace en informarle de la disponibilidad de nuestro programa de Necesidades Especiales / Alerta de Plata. Este programa permite a individuos, padres, parientes tutores u otros familiares, que registren información sobre personas con necesidades especiales en la base de datos del Departamento de Policía. La intención del programa es para proporcionar información a agentes de policía que pueden estar respondiendo a una situación de emergencia teniendo que ver con esa persona, así mejor pueden cuidar a las necesidades de la persona. El programa de Necesidades Especiales / Alerta es diseñado para gente con:

- Demencia (incluyendo la enfermedad de Alzheimer)
- Discapacidades de Desarrollo (incluyendo Autismo Espectro, discapacidad intelectual, etc.)
- Enfermedades mentales graves
- Otros trastornos cognitivos que pueden afectar el razonamiento, resultando en una persona vagando o desorientación

Personas registrando a alguien para el programa pueden solicitar que se les envíe un brazalete de identificación rellenando un formulario. El brazalete **es gratis** y contiene un número distintivo e instrucciones que los primeros respondedores puedan utilizar para ponerse en contacto con el Departamento de Policía del Condado de Suffolk para obtener la información de la persona.

Para más información del programa de Necesidades Especiales / Alerta de Plata, por favor visite nuestro sitio de web al: **www.suffolkpd.org** y vaya a **Amber/Silver Alert**. Si está interesado en usar el registro, por favor descargue el formulario de registración que puede completarse en línea o puede llenar el formulario que se **encuentra en el reverso**. El formulario debe ser firmado, por lo tanto, no podrá ser sometido electrónicamente pero debe ser devueltos por correo al Coordinador de Necesidades Especiales a la dirección indicada a continuación. También nos gustaría recibir **una foto reciente de la persona registrada (por favor escriba el nombre y fecha de nacimiento en la parte posterior de la foto)**. La información en el formulario se incorporará a una base de datos del Departamento de Policía del Condado de Suffolk diseñada exclusivamente para el programa de Necesidades Especiales / Alerta de Plata. Si se solicita un brazalete se le enviara a usted dentro poco tiempo.

Para más información, por favor contacte:

Bernadette Zimmermann
Special Needs Coordinator
Suffolk County Police Department

E-mail: Bernadette.zimmermann@suffolkcountyny.gov



ACCREDITED LAW ENFORCEMENT AGENCY

Visit Us Online at www.suffolkpd.org
Crime Stoppers Confidential Tip Hotline 1-800-220-TIPS
Non-Emergencies Requiring Police Response, Dial (631) 852-COPS

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





INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON NECESIDADES ESPECIALES:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

DESCRIPCIÓN PERSONAL

Fecha de Nacimiento: _____ Etnia: _____ Cabello: _____ Sexo: Masculino Femenino

Ojos: _____ Altura: _____ Peso: _____ Lentes: Sí No

Cicatrices/manchas de nacimiento/tatuajes: _____

Demencia (e.g., la enfermedad de Alzheimer) Discapacidades de Desarrollo (e.g., Autismo Espectro, Discapacidad Intelectual, etc.)

Enfermedades Mentales Graves Otros trastornos cognitivos que pueden afectar el razonamiento, resultando en una persona vagando o desorientación

Diagnóstico: _____ Alergia: _____

Medicamentos: _____

Ambulatorio: Sí No Comunicación: Verbal No Verbal ¿Responderá a su nombre? Sí No

Si no es de manera verbal, de qué formas puede comunicarse (por ejemplo: señas, imágenes, escritura) _____

¿Le gustaría recibir un Brazaletes de Alerta Plateada? Sí No Brazaletes N.º: _____ (Asignado por el D.P.)

¿Incluyó una foto reciente de la persona que desea registrar con sus nombre y fecha de nacimiento en la parte posterior? Sí No

CONTACTOS EMERGENCIAS

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: (H) _____ (C) _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: (H) _____ (C) _____

Proporcione toda información adicional que ayude al personal de emergencia en la asistencia de seguridad y atención para la persona mencionada anteriormente.

¿Cómo se enteró de nuestros servicios? _____

CONSENTIMIENTO/EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____ concedo mi permiso como Padre/Tutor de la persona anteriormente mencionada al Departamento de Policía del Condado de Suffolk para guardar y distribuir esta información al personal que responda primero (Bomberos, Servicio de Emergencia Médica y Policía) con el único propósito de identificar y asistir a la persona con necesidades especiales mencionada anteriormente. El formulario completo no creará un derecho a los servicios ni una relación especial entre las partes. El departamento de Policía del Condado de Suffolk hará lo que pueda con un esfuerzo razonable para transmitir la información proveniente con personas que van a responder. El departamento no será considerado responsable por la falta de hacerlo y ninguna garantía es dada, expresada, o implicada, que la infamación dicha será retransmitida.

EL PADRE/TUTOR ES RESPONSABLE DE NOTIFICAR TODO CAMBIO DE ESTADO AL SCPD.

LAS ALERTAS SE ELIMINAN AUTOMÁTICAMENTE DEL SISTEMA 24 MESES DESPUÉS DE LA FECHA DE INGRESO.

POR LO TANTO, LAS ALERTAS DE DIRECCIONES DEBEN RENOVARSE CADA 24 MESES.

Nombre (en imprenta): _____ Firma: _____

Fecha: _____ Relación: _____ Correo electrónico: _____

Registration Number: _____ Date to be removed from CAD: _____

Asignado por el SCPD (Assigned by SCPD)

Ingresado por ITS (Entered by ITS)

Envíe los formularios o el Cambio de Estado completos a:

Suffolk County Police Department • 30 Yaphank Avenue • Yaphank, NY 11980 • ATT: Bernadette Zimmermann, Special Needs Coordinator