

CAD Number: \_\_\_\_\_

# PROGRAMA DE ALERTA



## INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES INDIVIDUAL:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
(Primer, Segundo, Apellido)

Género: M / F Raza/Etnia: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección de casa anterior: \_\_\_\_\_

Telefono Movil #: \_\_\_\_\_

Proveedor de telefonía celular: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo previo: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Color de pelo: \_\_\_\_\_ Color de los ojos: \_\_\_\_\_

Anteojos:  SI  NO frenillos dientes:  SI  NO

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Licencia de conducir / tarjeta de identificación #: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Marca vehículo: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Descripción física (cicatrices/marcas/tatuajes): \_\_\_\_\_

Condición de necesidades especiales/ discapacidad: \_\_\_\_\_

### Identificadores de necesidades especiales:

Pulsera de identificación/Banda de alerta:  SI  NO

Collar de identificación:  SI  NO

Tarjeta de identificación para necesidades especiales:  SI  NO

Comunicación:  Verbal  No Verbal

Necesidades médicas: \_\_\_\_\_

Si el personal de emergencia (policía, bomberos, paramédicos) necesita obtener acceso de emergencia a la residencia, ¿tienen permiso para ingresar?  SI  NO

¿Hay un teclado para acceder?  SI  NO (SI, SI - CODIGO: \_\_\_\_\_)

¿Hay una clave oculta en la premisa?  SI  NO

Desencadenantes para evitar (si es posible): \_\_\_\_\_

Estrategias/necesidades de interacción positiva: \_\_\_\_\_

Lugares favoritos para visitar (parques, tiendas, etc.): \_\_\_\_\_

Hábitos de el individuo con necesidades especiales: \_\_\_\_\_

¿Ha desaparecido el individuo con necesidades especiales?:  SI  NO

En caso afirmativo, cuándo/dónde se ubicaron? \_\_\_\_\_

El individuo con necesidades especiales es:

Yo mismo  Miembro de la familia  Amigo  Otro \_\_\_\_\_

¿Hay una foto actual disponible?  SI  NO (En caso afirmativo, adjunte una foto actual)

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono casa/móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono casa/móvil: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE LA PERSONA:

Necesidad especial verificada por:  Yo mismo / Individuo con necesidades especiales  
 Miembro de la familia  
 Amigo  
 Cuidador  
 Persona médica familiarizada con el individuo

¿La persona con necesidades especiales tiene un perfil Smart911?  SI  NO

Además de enviar este formulario, le recomendamos que se registre para obtener un perfil de Smart911 en [www.Smart911.com](http://www.Smart911.com).

### NOTA: Un comunicado firmado debe acompañar a este formulario de registro.

Complete el formulario de autorización correspondiente a continuación y envíelo con el formulario de registro.

SÓLO PARA USO OFICIAL (FOR OFFICIAL USE ONLY)			
RCVD Date/Initials/Badge:		Entered into CAD/Date & Initial:	
CAD Number:		Submitted to DUCOMM/ Date & Initial:	
Verified by Crime Prevention Supervisor:		Submitted to NORCOMM/Date & Initial:	
Verified by Agency:		Entered into 911/Date & Initial:	

### ENVIAR FORMULARIO A:

Addison Consolidated Dispatch Center

FAX: 630-495-1906 or EMAIL: [acdcwebdispatch@addison-il.org](mailto:acdcwebdispatch@addison-il.org)

## FORMULARIO DE AUTOBLOQUEO DEL PROGRAMA DE ALERTA PREMISO

### Presentación individual de necesidades especiales

Represento que yo, (nombre) \_\_\_\_\_ soy mayor de edad y reconozco que la información proporcionada en este documento se ha proporcionado de forma libre, voluntaria y precisa con el único propósito de ayudar a la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias a responder de manera más eficaz a una emergencia o posible emergencia que pueda involucrarme. Por lo tanto, autorizo el uso de esta información para ese propósito a discreción de la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia que me involucre. Estoy de acuerdo con la divulgación de esta información a cualquier policía, bomberos y agencias de respuesta a emergencias, que puedan necesitar acceso a esta información para responder a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrarme. Reconozco que al proporcionar esta información para el propósito indicado anteriormente, no tengo derecho a ningún trato preferencial ni a una respuesta más oportuna a cualquier emergencia o posible emergencia. Esta información se mantendrá archivada por un período que no excederá los dos (2) años. Se hará una notificación antes de ese plazo de 2 años. Si la información no se confirma en ese momento, la información se eliminará de esta base de datos. Estoy de acuerdo en mantener esta información actualizada y reconozco que la información proporcionada se convierte en propiedad del Departamento de Policía de Addison para el propósito indicado anteriormente. Además, para mí mismo, herederos, ejecutores, administradores, representantes de personal y cesionarios, renuncio y libero todos y cada uno de los derechos, reclamaciones y causas de acción que pueda tener contra la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia. involucrándome. Además, reconozco que al proporcionar esta información, no se establece ninguna relación ni deber, incluidos, entre otros, ningún contrato o agencia o relación o deber especial, entre yo y contra las agencias de respuesta de emergencia, bomberos y de policía que puedan responder a una emergencia o una posible emergencia que me involucre y que la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias antes mencionadas no renuncian ni limitan ninguna defensa de inmunidad disponible para ellos por ley. Al firmar, certifico que he leído y comprendido este formulario en su totalidad y por la presente doy permiso al (*el nombre del departamento de policía de su pueblo / ciudad*) \_\_\_\_\_ Departamento de Policía para ingresar esta información en la base de datos del Programa de Alerta Premisa.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ALERTA DE PREMISE

### Representante de presentación individual de necesidades especiales

Represento que yo, (tu nombre) \_\_\_\_\_ Soy mayor de edad y estoy capacitado y represento (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_ como padre o tutor legal (se adjunta copia de la 'carta de oficio' según corresponda) y reconozco que la información proporcionada en este documento se ha proporcionado de forma libre, voluntaria y precisa con el único propósito de ayudar a la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias a responder de manera más eficaz a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrar (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_. Yo, por lo tanto, y en nombre de (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_ autorizar el uso de esta información para ese propósito a discreción de la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o una emergencia potencial que involucre a (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_. Estoy de acuerdo con la divulgación de esta información a cualquier policía, bomberos y agencias de respuesta a emergencias, que puedan necesitar acceso a esta información para responder a una emergencia o emergencia potencial que pueda involucrar (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_. Reconozco que al proporcionar esta información para el propósito indicado anteriormente, (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_ no tiene derecho a un trato preferencial ni a una respuesta más oportuna a cualquier emergencia o posible emergencia. Esta información se mantendrá archivada por un período que no excederá los dos (2) años. Se hará una notificación antes de ese plazo de 2 años. Si la información no se confirma en ese momento, la información se eliminará de esta base de datos. Estoy de acuerdo en mantener esta información actualizada y reconozco que la información proporcionada se convierte en propiedad del Departamento de Policía de Addison para el propósito indicado anteriormente. Además para (nombre individual de necesidades especiales) \_\_\_\_\_, sus herederos, albaceas, administradores, representantes de personal y cesionarios, renuncian y liberan todos y cada uno de los derechos, reclamaciones y causas de acción que puedan tener contra las agencias de policía, bomberos y de respuesta a emergencias que puedan responder a una emergencia o posible emergencia que involucre (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_. Además, reconozco que al proporcionar esta información, no se establece ninguna relación ni deber, incluidos, entre otros, ningún contrato o agencia o relación o deber especial, entre (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_ y los policías, bomberos y emergencias que involucran (nombre de la persona con necesidades especiales) \_\_\_\_\_ y que la policía, los bomberos y las agencias de respuesta a emergencias antes mencionadas no renuncian ni limitan la defensa o inmunidad disponible para ellos por ley. Al firmar, certifico que he leído y comprendido este formulario en su totalidad y, por la presente, doy permiso al (nombre del departamento de policía de su ciudad / ciudad) \_\_\_\_\_ Departamento de Policía para ingresar esta información en la base de datos del Programa de Alerta Premisa.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_