



纽约萨福克郡治安官办公室

经认可执法机构

救生项目处

100 CENTER DRIVE RIVERHEAD, N.Y. 11901

(631) 852-3003

ERROL D. TOULON, JR., 教育学博士

治安官



救生项目注册申请表（成人）

委托人姓名: _____

昵称: _____

地址: _____

城市: _____ 邮政编码: _____

家庭电话: _____ 手机: _____

在上述地址居住的时长: _____

委托人之前地址: _____

委托人描述

出生日期: _____ 当前年龄: _____ 性别: 男 女

身高: _____ 英尺 _____ 英寸 体重: _____ 体型: _____

发色: _____ 发型: _____ 眼睛颜色: _____

种族: _____ 肤色: _____

胡须: _____

区分性疤痕、记号、纹身（描述）: _____

如委托人不懂英语，请注明其理解的语言: _____

眼镜: 是 否 助听器: 是 否 行动辅具: 拐杖 助行器

委托人是否会独自外出? 是 否 如为“是”，请解释: _____

委托人健康

诊断: _____ 诊断时间: _____

其他已知医疗问题: _____

已知心理问题: _____ 邮政编码: _____

_____ 手机: _____

已知身体残障: _____

药物治疗（名称、剂量和频率）: _____

主治医师: _____ 电话号码: _____

走失/出走史

先前的出走史: 是 否 如为“是”，请说明包括日期、地点和结果: _____

委托人习惯/个性

吸食烟草制品: 是 否 携带火柴: 是 否 携带打火机: 是 否

饮酒: 是 否 如为“是”，类型和频率: _____

携带现金: 是 否 如为“是”，金额和携带的部位: _____

兴趣/爱好: _____

外向，或 安静 与陌生人交谈: 是 否 对自己或他人有危险 是 否

委托人害怕（狗、猫、人、噪音、黑暗等）: _____

委托人受伤或受到惊吓时的行为（哭泣、喊叫、躲藏等）: _____

委托人可以使用车辆: 是 否 如为“是”，车辆车牌号: _____

委托人如迷路/走失/出走可能联系的个人

姓名: _____ 与委托人的关系: _____

地址: _____

姓名: _____ 与委托人的关系: _____

地址: _____

姓名: _____ 与委托人的关系: _____

地址: _____

看护人

姓名: _____ 与委托人的关系: _____

地址: _____

家庭电话: _____ 手机: _____ 电子邮件: _____

雇主姓名: _____

雇主地址: _____

工作电话: _____ 电子邮件: _____

姓名: _____ 与委托人的关系: _____

地址: _____

家庭电话: _____ 手机: _____ 电子邮件: _____

雇主姓名: _____

雇主地址: _____

工作电话: _____ 电子邮件: _____

长期/受管理护理/护理院委托人

设施/组织名称: _____

地址: _____

联系人: _____ 电话: _____ 传真: _____

授权委托书

姓名： _____ 与委托人的关系： _____

地址： _____

 家庭电话： _____ 手机： _____ 电子邮件： _____

请仔细阅读本节 I 并在提交申请表前签字 责任信息/免责声明

本人，（看护人姓名） _____， 确认本人在此申请表中提供的信息真实准确。本人了解并接受进入萨福克郡治安官办公室救生项目计划**并不能取代委托人持续监督护理**的需求。

(A) 本人，（看护人姓名） _____ 证明（委托人姓名） _____
由本人和/或其他负责的成年人每周 7 天、每天 24 小时亲自进行监督。

(B) 本人，（看护人姓名） _____ 证明（委托人姓名） _____
在任何时候都不会无人监督。

如上述陈述（A）和（B）均不正确，则潜在委托人不具备资格注册救生项目计划。如看护人回答的任何部分不准确，委托人将不再具有资格参加救生项目计划。

本人了解虽然救生项目使用全球跟踪装置来帮助定位佩戴发射器的个人，但有时可能会由于设备故障或其他不可预见的情况而无法找到个人的准确位置。本人同意承担与参与萨福克郡治安官办公室救生项目计划相关的任何/所有责任。

本人了解本人在此申请表中提供的信息将在萨福克郡治安官办公室以及其他搜救机构/组织之内共享。本人了解本人已提供或将来提供的任何信息均不会被视为机密或受到保护。

本人还了解，救生项目是由萨福克郡治安官办公室主办并与其他地区机构合作的一项计划。如委托人被救生项目计划接受，他/她同意，对于因参与萨福克郡治安官办公室救生项目计划而可能发生的任何损失或伤害，免除萨福克郡、萨福克郡治安官和每家机构及其各自人员的责任，并保障其免受任何和所有责任和/或损害赔偿的主张，并且放弃任何和所有追索权。

本人已阅读救生项目的“情况说明书”并同意其条款和条件。本人代表委托人并声明本人拥有**作为申请人正式授权代表的全部权力和权限**，可代表其注册和行事。

看护人姓名： _____

看护人签字： _____