



UFFICIO DELLO SCERIFFO, CONTEA DI SUFFOLK, N.Y.

AGENZIA DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE ACCREDITATA

PROGETTO LIFESAVER BUREAU

100 CENTER DRIVE
RIVERHEAD, N.Y. 11901
(631) 852-3003



ERROL D. TOULON, JR., Ed.D.
SCERIFFO

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL PROGETTO LIFESAVER (BAMBINO)

Nome del cliente: _____

Soprannome(i) _____

Indirizzo: _____

Città: _____ CAP: _____

Telefono di casa: _____ Cell Phone: _____

:Periodo di residenza all'indirizzo di cui sopra _____

Indirizzo(i) precedente(i) del cliente: _____

DESCRIZIONE DEL CLIENTE

Data di nascita _____ :Età attuale _____ Sesso Maschio Femina

Altezza _____ ft. _____ in. Peso: _____ Corpo _____

Colore capelli _____ Stile di capelli: _____ Colore degli occhi _____

Razza: _____ Carnagione: _____

Distinguere cicatrici, segni, tatuaggi (descrivere) _____

:Se il cliente non capisce l'inglese, indicare quale lingua è compresa _____

Occhiali: Sì No :Apparechi acustici Sì No :Ausili per mobilità: Bastone Girello

:Il cliente esce da solo?: Sì No Spiegare se "Sì": _____

SALUTE DEL CLIENTE

Diagnosi: _____ :Diagnosticato quando _____

Ulteriori problemi medici noti _____

:Problemi psicologici noti _____ CAP _____

_____ Cellulare: _____

:Handicap fisici noti _____

:Farmaci (nome, dosaggio e frequenza) _____

:Medico curante _____ No, Telefono _____

STORIA DEL VAGABONDAGGIO / FUGA

:Precedenti di vagabondaggio Sì No Se "Sì," spiegare includendo date, luoghi e risultati _____

ABITUDINI DEL CLIENTE / PERSONALITÀ

:Utilizza prodotti del tabacco: Sì No Porta fiammiferi: Sì No Porta un accendino: Sì No

Usa alcol: Sì No Se "Sì", tipo e frequenza: _____

Porta contanti: Sì No Se "Sì", importo e dove trasportato: _____

:Interessi e hobby _____

In uscita o Tranquillo :Colloqui con sconosciuti: Sì No Pericolo per sé o per gli altri Sì No

Paure del cliente (cani, gatti, persone, rumori, oscurità, ecc.): _____

Azioni del cliente quando è ferito o spaventato (piangere, gridare, nascondersi, ecc.): _____

:Il cliente ha accesso a un veicolo Sì No Se "Sì", :numero di targa del/i veicolo/i: _____

LE PERSONE CHE IL CLIENTE PUÒ CONTATTARE IN CASO DI PERDITA/VAGANZA/FUGGITURA

Nome: _____ Relazione con il cliente: _____

Indirizzo: _____

Nome: _____ :Relazione con il cliente: _____

Indirizzo: _____

Nome: _____ :Relazione con il cliente: _____

Indirizzo: _____

BADANTE(I)

Nome: _____ Relazione con il cliente: _____

Indirizzo: _____

Telefono di casa: _____ Cellulare: _____ E-mail: _____

Nome datore di lavoro: _____

Indirizzo datore di lavoro: _____

Telefono di case: _____ E-mail: _____

Nome: _____ Relazione con il cliente: _____

Indirizzo: _____

Home Phone: _____ Cellulare: _____ E-mail: _____

Nome datore di lavoro: _____

Indirizzo datore di lavoro: _____

Telefono di lavoro: _____ E-mail: _____

SCUOLA / STRUTTURA DI CURA GESTITA

Nome struttura/organizzazione: _____

Indirizzo: _____

Persona di contatto: _____ Telefono: _____ Fax: _____

INFORMATIVA/COMUNICATO DI RESPONSABILITA'

Si prega di leggere attentamente questa sezione e firmare prima di inviare la domanda

Io, (nome della badante) _____, riconosco che le informazioni che ho fornito in questa domanda sono vere e accurate. Comprendo che l'accettazione nel programma salvavita del progetto dell'ufficio dello sceriffo della contea di Suffolk **non sostituisce la necessità di una costante assistenza supervisionata del cliente.**

(A) Io, (nome della badante) _____ attesto che (nome del cliente) _____ è supervisionato personalmente **da me e/o da un altro adulto responsabile, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.**

(B) Io, (nome della badante) _____ attesto che (nome del cliente) _____ **non viene mai lasciato incustodito**

Se entrambe le affermazioni (A) e (B) di cui sopra NON sono VERE, il potenziale cliente non è idoneo per l'iscrizione al Project Lifesaver Program. Se una qualsiasi parte delle risposte del caregiver è imprecisa, il cliente non sarà più idoneo a partecipare al Project Lifesaver Program.

Comprendo che mentre Project Lifesaver utilizza un dispositivo di tracciamento globale che aiuta a localizzare le persone che indossano il trasmettitore, potrebbero esserci momenti in cui un individuo non può essere localizzato a causa di un malfunzionamento del dispositivo o di altre circostanze impreviste. Accetto di assumermi qualsiasi/tutta la responsabilità associata alla partecipazione al programma salvavita del progetto dell'ufficio dello sceriffo della contea di Suffolk.

Comprendo che le informazioni che ho fornito in questa domanda saranno condivise all'interno dell'ufficio dello sceriffo della contea di Suffolk e con altre agenzie/organizzazioni di ricerca e soccorso. Comprendo che nessuna delle informazioni che ho fornito, o che fornirò in futuro, sarà considerata riservata o protetta.

Capisco anche che Project Lifesaver è un programma sponsorizzato dall'ufficio dello sceriffo della contea di Suffolk e lavora in collaborazione con altre agenzie della zona. Se il cliente viene accettato nel Project Lifesaver Program, accetta di manlevare e tenere indenne la Contea di Suffolk, lo Sceriffo della Contea di Suffolk e ciascuna agenzia e il rispettivo personale da qualsiasi pretesa di responsabilità e/o danno e rinuncia ogni e qualsiasi diritto di ricorrere per eventuali perdite o lesioni che potrebbero verificarsi a seguito della loro partecipazione al programma salvavita del progetto dell'ufficio dello sceriffo della contea di Suffolk.

Ho letto la "scheda informativa" del progetto Lifesaver e ne accetto i termini e le condizioni. Rappresento il cliente e dichiaro di **avere pieno potere e autorità come rappresentante debitamente autorizzato del richiedente** per registrarli e agire per suo conto.

Stampa il nome della badante _____

Firma della badante: _____