HRABSTWO SUFFOLK

WYDZIAŁ POLICJI

Program dla osób ze specjalnymi potrzebami/bransoletki „Silver Alert”

Wydział Policji w hrabstwie Suffolk z przyjemnością informuje Państwa o wdrożeniu programu dla osób ze specjalnymi potrzebami/bransoletek „Silver Alert” (Special Needs/Silver Alert Program). W ramach tego programu poszczególne osoby, rodzice, opiekunowie, krewni i tym podobne osoby mogą zarejestrować informacje dotyczące osób ze specjalnymi potrzebami w bazie danych Wydziału Policji. Celem programu jest udostępnianie tych informacji policjantom, którzy mogą reagować w nagłym wypadku dotyczącym tej osoby, aby mogli oni zapewnić jej lepszą opiekę. Program dla osób ze specjalnymi potrzebami/bransoletek „Silver Alert” (Special Needs/Silver Alert Program) przeznaczony jest dla osób z:

- Demencją starczą (m.in. chorobą Alzheimera)
- Niepełnosprawnością intelektualną (m.in. spektrum autystycznym, niedorozwojem umysłowym/upośledzeniem intelektualnym)
- Poważną chorobą psychiczną
- Innymi zaburzeniami kognitywnymi, które mogą niekorzystnie wpływać na myślenie, wskutek czego dana osoba błąka się lub jest zdezorientowana/zagubiona

Osoby rejestrujące się w programie mogą poprosić o wydanie bransoletki identyfikacyjnej, która jest wysyłana pocztą, wypełniając w tym celu formularz rejestracji w programie: Special Needs/Silver Alert Registry form. Bransoletka jest **bezpłatna** i jest na niej wygrawerowany unikalny numer posiadacza bransoletki, a także numer telefoniczny Wydziału Policji w hrabstwie Suffolk. Osoby udzielające pierwszej pomocy mogą skontaktować się z policją pod tym numerem, aby uzyskać informacje dotyczące danej osoby.

Dalsze informacje na temat programu dla osób ze specjalnymi potrzebami/bransoletek „Silver Alert” (Special Needs/Silver Alert Program) można znaleźć na naszej stronie: www.suffolkpd.org w sekcji **Amber/Silver Alert**. Jeśli są Państwo zainteresowani rejestracją, prosimy pobrać formularz rejestracyjny, która można wypełnić w Internecie lub mogą Państwo wypełnić formularz **znajdujący się na odwrocie**. Formularz należy podpisać, w związku z tym nie można go przesłać elektronicznie, ale należy go przesłać pocztą do Koordynatora ds. Specjalnych Potrzeb (Special Needs Coordinator) na adres podany niżej. Prosimy także dołączyć **aktualne zdjęcie osoby, którą chcą Państwo zarejestrować (na odwrocie zdjęcia należy napisać drukowanymi literami imię i nazwisko oraz datę urodzenia tej osoby).** Informacje podane w formularzu zostaną wprowadzone do bazy danych Wydziału Policji w hrabstwie Suffolk dla programu dla osób ze specjalnymi potrzebami/bransoletek „Silver Alert” (Special Needs/Silver Alert Program), a także, na żądanie, w krótkim terminie otrzymają Państwo pocztą bransoletkę identyfikacyjną.

Dalsze informacje można uzyskać od: **E-mail:** Bernadette.zimmermann@suffolkcountyny.gov
Bernadette Zimmermann
Koordynator ds. Specjalnych Potrzeb (Special Needs Coordinator)
Wydział Policji w hrabstwie Suffolk

AKREDYTOWANY ORGAN OCHRONY PORZĄDKU PUBLICZNEGO

Zapraszamy na naszą stronę: www.suffolkpd.org
Infolinia ds. anonimowego zgłaszania przestępstw: Crime Stoppers
Confidential Tip Hotline 1-800-220-TIPS
Sprawy mniej pilne wymagające reakcji policji: (631) 852-COPS
30 Yaphank Avenue, Yaphank, New York 11980 — (631) 852-6000

WYDZIAŁ POLICJI, HRABSTWO SUFFOLK, STAN NOWY YORK

OFICJALNA AGENCJA EGZEKWOWANIA PRAWA

PROGRAM DLA OSÓB ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI / BRANSOLETKI „SILVER ALERT”

PDCS-8060d PL Program dla osób ze specjalnymi potrzebami

DANE OSOBY ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI:

Nazwisko: _____ **Imię:** _____

Adres: _____

Miasto: _____ **Stan:** _____ **Kod pocztowy:** _____ **Nr telefonu:** _____

OPIS OSOBY

Data ur.: _____ **Rasa:** _____ **Kolor włosów:** _____ **Płeć:** ❒ Mężczyzna ❒ Kobieta

Oczy: _____ **Wzrost:** _____ **Waga:** _____ **Okulary:** ❒ Tak ❒ Nie

Blizny/znamiona/tatuaże: _____

❒ Demencja starcza (np. choroba Alzheimera)

❒ Niepełnosprawność intelektualna (np. spektrum autystyczne, niedorozwój umysłowy / upośledzenie intelektualne)

❒ Poważna choroba psychiczna

❒ Inne zaburzenia kognitywne, które mogą niekorzystnie wpływać na myślenie, wskutek czego dana osoba błąka się lub jest zdezorientowana/zagubiona

Diagnoza lekarska: _____ **Alergie:** _____

Leki: _____

Zdolność chodzenia: ❒ Tak ❒ Nie ❒ Mówi ❒ Nie mówi **Reaguje na własne imię?** ❒ Tak ❒ Nie

Jeśli nie mówi, w jaki sposób się komunikuje (np. za pomocą języka migowego, obrazów, pisma)? _____

Czy chcą Państwo otrzymać pocztą bransoletkę Silver Alert? ❒ Tak ❒ Nie **Nr bransoletki**: _____ (Nadany przez Wydział Policji)

Czy załączyli Państwo aktualne zdjęcie osoby, którą chcą Państwo zarejestrować, podając jej imię i nazwisko oraz datę urodzenia na odwrocie zdjęcia? ❒ Tak ❒ Nie

OSOBY KONTAKTOWE W NAGŁYCH WYPADKACH

Imię i nazwisko: _____ **Pokrewieństwo:** _____

Adres: _____

E-mail: _____ **Nr telefonu:** (domowy) _____ (kom.) _____

Imię i nazwisko: _____ **Pokrewieństwo:** _____

Adres: _____

E-mail: _____ **Nr telefonu:** (domowy) _____ (kom.) _____

Prosimy podać dodatkowe informacje, które pomogą reagującym służbom ratowniczym lub policji zapewnić bezpieczeństwo i opiekę wyżej wymienionej osobie.

Skąd dowiedzieli się Państwo o naszych usługach?_____

OŚWIADCZENIE / WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ja _____, jako rodzic/opiekun wyżej wymienionej osoby, udzielam zgody Wydziałowi Policji w hrabstwie Suffolk na zachowanie i przekazywanie niniejszych informacji pracownikom służb ratowniczych (straży pożarnej, pogotowia ratunkowego i policji) wyłącznie w celu ustalenia tożsamości i udzielenia pomocy wyżej wymienionej osobie ze specjalnymi potrzebami. Wypełnienie niniejszego formularza nie skutkuje powstaniem prawa do usług, ani szczególnego stosunku pomiędzy stronami. Wydział Policji w hrabstwie Suffolk podejmie uzasadnione działania w celu przekazania podanych informacji służbom ratowniczym. Jednak Wydział nie ponosi odpowiedzialności za nieprzekazanie takich informacji i nie udziela się żadnej gwarancji, wyraźnej lub dorozumianej, że takie informacje zostaną przekazane.

RODZIC/OPIEKUN ODPOWIADA ZA POWIADOMIENIE WYDZIAŁU POLICJI HRABSTWA SUFFOLK O WSZELKICH ZMIANACH POWYŻSZYCH DANYCH.

ALERTY SĄ AUTOMATYCZNIE USUWANE Z SYSTEMU 24 MIESIĄCE OD DATY ICH WPROWADZENIA DO SYSTEMU. W ZWIĄZKU Z TYM ALERTY ADRESOWE NALEŻY AKTUALIZOWAĆ CO 24 MIESIĄCE.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____ **Podpis:** _____

Data: _____ **Pokrewieństwo:** _____ **E-mail:** _____

Nr rejestracyjny: _____
Nadany przez KP Suffolk

Data usunięcia z CAD: _____
Wprowadzona przez ITS

Wypełnione formularze lub informacje o zmianie danych prosimy przesyłać na adres:
Suffolk County Police Department • 30 Yaphank Avenue • Yaphank, NY 11980 • ATT: Bernadette Zimmermann – Koordynator ds. Potrzeb Specjalnych (Special Needs Coordinator)