



BERKELEY TOWNSHIP POLICE DEPARTMENT

Registro De Necesidades Especiales



Chief of Police Karin T. DiMichele

Por favor complete la solicitud, escanee y envíe un correo electrónico junto con una fotografía a @btpdnj.org
Las solicitudes también se pueden enviar por correo o dejarlas en Berkeley Township Police Headquarters
Attn: Special Needs Registry, P.O. Box "B", Bayville, NJ 08721

Fotos de Registrante- Si está enviando este formulario, adjunte dos fotos **del cuerpo y de la cara**. Si está escaneando y enviando un correo electrónico, envíe un correo electrónico con el adjunto de las imágenes.

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre _____ Medio Inicial _____ Apellido _____

Nombre Apodo (Si Existe) _____

Dirección Correo Electrónico _____

Dirección de Casa _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Compañía del Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Género M / F Estatura _____ Peso _____ Color de Pelo _____

Color de Ojo _____ Lentes Correctivos Y/N Cicatrices/Perforaciones/Tatuajes _____ Tipo de Sangre _____

¿Cuál es la necesidad especial del solicitante? (Por ejemplo: Autismo, Enfermedad de Alzheimer's, Enfermedad Mental etc.)

Método de Comunicación: (Verbal, No-Verbal, Lenguaje de Senas, Escrito, Dispositivo de Asistencia de Voz, Idioma Diferente?)

El solicitante utiliza algún equipo de seguimiento/salud?? (Proyecto Lifesaver, Alerta de Vida, Aplicación Móvil, Angel Sense)

ID# _____ Número de Teléfono de Compañía _____

Vida amenazador médico preocupaciones? (Medicina, Alergias, Convulsiones etc.)

Áreas que frecuenta el solicitante. (patios de recreo, piscinas, tiendas, residencia de amigos etc.)

Gravua el registrante hacia el agua? Puede nadar el registrante?

Algun disparador que afecte al titular? (i.e Le ruidos fuertes, luces brillantes etc.)

Cualquier calmante metodos usado para el registro?

El registro tener un conductor licencia? (Si asi lista numero de lisencia) _____

El registro es un dueno de un carro? (Si asi lista el modelo, color y placa de lisencia)

Se el registro asistir escuela o se ellos empleados Y/ N

Nombre de
Escuela/Empleador _____

Direccion de Escuela/Empleador _____

Numero de Escuela/Empleador _____

Informacion de Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Apellido _____ Relacion _____

Direccion de Casa _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Compania de
Celular _____

Nombre _____ Apellido _____ Relacion _____

Direccion de Casa _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Compania de
Celular _____

Reconocimiento

Reconozco que al firmar a continuacion, la informacion que se proporciona es veraz, actual y valida, y que estoy autorizado a enviarla en mi nombre o como tutor legal con autoridad para enviar en nombre de otro. Entiendo ademas que al inscribirme a mi mismo oa otra persona en el Registro de Necedidades Especiales de la Policia del Municipio de Berkeley, la informacion personal ingresada puede ser utilizada por personal de emergencia, uncluidos, entre otros, agentes de la ley, servicios medicos de emergencia (Primeros auxilios/ paramedicos), y el personal del departamento de bomberos en caso de una emergencia personal u otra situacion de emergencia se entiende ademas que la cumplimentacion de este formulario y la participacion en el Registro de Necesidades Especiales de la Policia del Municipio de Berkeley es voluntaria y no puede garantizar o tiene la garantia prevista, y sea expresa o implicita, con respecto a resultados, promesas o beneficios del uso de este formaulario y la participacion en este programa. Al firmar a continuacion, tambien reconozco que entiendo el descargo de responsabilidad.

(Firma de la persona que complete este formulario)

(Relacion con el Solicitante)

(Imprimir Nombre)

(Fecha)