



BERKELEY TOWNSHIP POLICE DEPARTMENT

Registro De Necidades Especiales



Chief of Police Karin T. DiMichele

Por favor complete la solicitud, escanee y envie un correo electronico junto con una fotografia a @btpdnj.org
Las solicitudes tambien 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 esta enviando este formulario, adjunte dos fotos del cuerpo y de la cara. Si esta escaneando y enviando un correo electronico, envie un correo electronico con el adjunto de las imagenes.

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre _____ Medio Inicial _____ Apellido _____

Nombre Apodo (Si Existe) _____

Direccion Correo Eletronico_____

Direccion de Casa_____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular_____ Compania del Celular_____

Fecha de Nacimiento _____ Genero M / F Esatura _____ Peso _____ Color de Pelo _____

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

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

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

El solicitante utiliza algun equipo de seguimiento/salud?? (Proyecto Lifesaver, Alerta de Vida, Applicacion Movil, Angel Sense)

ID# _____ Numero de Telefono de Compania_____

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

Areas que frequenta el solicitante. (patios de recreo, piscinas, tiendas, residencia de amigos etc.)

Grava 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
Escuelal/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 Necesidades 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 Espesciales 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)