



**ESQUADRA DE POLÍCIA,
CONDADO DE SUFFOLK, N.I.**
 AGÊNCIA ACREDITADA NA EXECUÇÃO DA LEI
GABINETE DO PROJETO LIFESAVER
 100 CENTER DRIVE
 RIVERHEAD, N.Y. 11901
 (631) 852-3003
ERROL D. TOULON, JR., Ed.D.
XERIFE



PEDIDO DE INSCRIÇÃO NO PROJETO LIFESAVER (CRIANÇA)

Nome do Cliente: _____

Alcunha(s): _____

Morada: _____

Cidade: _____ Código Postal: _____

Telefone Fixo: _____ Telemóvel: _____

Tempo de Residência na Morada Acima: _____

Anterior(es) morada(s) do cliente: _____

DESCRIÇÃO DO CLIENTE

Data de Nascimento: _____ Idade Atual: _____ Sexo Masculino Feminino

Altura: _____ m _____ cm Pes _____ Constituição: _____

Cor dos olhos _____ Estilo do cabelo: _____ Cor dos olhos: _____

Etnia: _____ Tez: _____

Cicatrizes, marcas, ou tatuagens identificativas (descrever): _____

Caso o cliente não compreenda inglês, identificar a língua que compreende: _____

Óculos: Sim Não Aparelhos Auditivos: Sim Não Ajudas de mobilidade: Bengala Andarilho

O cliente sai à rua sozinho? Não Não Explicar em caso de "Sim": _____

SAÚDE DO CLIENTE

Diagnóstico: _____ Quando foi diagnosticado: _____

Outros problemas médicos conhecidos: _____

Problemas psicológicos conhecidos: _____ Código Postal: _____

_____ Telémóvel: _____

Deficiências físicas conhecidas: _____

Medicação (nome, dosagem e frequência): _____

Médico Responsável: _____ Telefone: _____

HISTÓRICO DE DEAMBULAÇÕES / FUGAS

Antecedente histórico de deambulação: Sim Não Em caso de "Sim," explique, incluindo datas, locais e resultados: _____

PERSONALIDADE / HÁBITOS DO CLIENTE

Consome produtos de tabaco: Sim Não Possui fósforos: Sim Não Possui isqueiro: Sim Não

Ingere álcool: Sim Não Em caso de "Sim", tipo e frequência: _____

Possui dinheiro: Sim Não Em caso de "Sim", a quantia e onde transporta: _____

Interesses / ocupações: _____

Extrovertido, ou Calado Fala com estranhos Sim Não Perigoso para si ou terceiros Sim Não

Receios do Cliente (cães, gatos, pessoas, barulho, escuridão, etc.): _____

Comportamentos do Cliente quando ferido ou assustado (chora, grita, esconde-se, etc.): _____

O Cliente tem acesso a veículos: Sim Não Em caso de "Sim", indicar a matrícula do(s) veículo(s): _____

**PESSOAS QUE O CLIENTE PODERÁ CONTACTAR CASO SE PERCA /
DEAMBULE / FUJA**

Nome: _____ Relação com o Cliente: _____

Morada: _____

Nome: _____ Relação com o Cliente: _____

Morada: _____

Nome: _____ Relação com o Cliente: _____

Morada: _____

CUIDADOR(ES)

Nome: _____ Relação com o Cliente: _____

Morada: _____

Telefone Fixo: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Nome do Empregador: _____

Morada do Empregador: _____

Telefone da Empresa: _____ E-mail: _____

Nome: _____ Relationship to Client: _____

Morada: _____

Telefone Fixo: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Nome do Empregador: _____

Morada do Empregador: _____

Telefone da Empresa: _____ E-mail: _____

ESCOLA / ESTABELECIMENTO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Estabelecimento / Nome da Organização: _____

Morada: _____

Pessoa de Contacto: _____ Telefone: _____ Fax: _____

INFORMAÇÕES/TERMOS DE RESPONSABILIDADE

Por favor, leia cuidadosamente esta secção e assinie antes de enviar o pedido

Eu, (nome do cuidador) _____, estou ciente de que a informação que eu forneci neste pedido é verdadeira e correta. Compreendo que a admissão no Programa do Projeto Lifesaver da Esquadra de Polícia do Condado de Suffolk **não substitui a necessidade de um constante cuidado e supervisionamento do cliente**.

(A) Eu, (nome do cuidador) _____, certifico que (nome do cliente) _____ é pessoalmente supervisionado por mim e/ou por outro **adulto responsável, 24 horas por dia, 7 dias por semana**.

(B) Eu, (nome do cuidador) _____, certifico que (nome do cliente) _____ **não é, em momento algum, deixado sem supervisão**.

Se ambas as declarações (A) e (B) acima NÃO forem VERDADEIRAS, o potencial cliente não é elegível para inscrição no Programa do Projeto Lifesaver. Se alguma parte das respostas do(s) cuidador(es) for incorreta, o cliente deixará de ser elegível para a participação no Programa do Projecto Lifesaver.

Compreendo que, embora o Projeto Lifesaver utilize um dispositivo de localização mundial que ajuda na localização de indivíduos que usam o transmissor, pode haver momentos em que um indivíduo não pode ser localizado devido a um mau funcionamento do dispositivo ou a outras circunstâncias imprevistas. Concordo em assumir qualquer/todas as responsabilidades associadas à participação no Programa do Projeto Lifesaver da Esquadra de Polícia do Condado de Suffolk.

Compreendo que a informação que forneci neste pedido será partilhada internamente na Esquadra de Polícia do Condado de Suffolk e com outras agências/organizações de busca e salvamento. Compreendo que nenhuma das informações que forneci, ou que forneça no futuro, será considerada confidencial ou protegida.

Compreendo, ainda, que o Projeto Lifesaver é um programa patrocinado pela Esquadra de Polícia do Condado de Suffolk, e que esta trabalha em colaboração com outras agências da área. Caso o cliente seja aceite no Programa do Projeto Lifesaver, este concorda em exonerar o Condado de Suffolk, o Xerife do Condado de Suffolk, e cada agência e respetivos funcionários de toda e qualquer reclamação de responsabilidade e/ou danos e em renunciar a todo e qualquer direito de recurso por quaisquer perdas ou ferimentos que possam ocorrer como resultado da sua participação no Programa do Projeto Lifesaver da Esquadra de Polícia do Condado de Suffolk.

Li a "Ficha Informativa" do Projeto Lifesaver e concordo com os seus termos e condições. Eu represento o cliente e declaro ter **poder e autoridade plenos, enquanto representante devidamente autorizado do candidato**, para me inscrever e agir em nome deste.

Nome do Cuidador em Letra de Imprensa: _____

Assinatura do Cuidador: _____