



BIURO SZERYFA, HRABSTWO SUFFOLK, N.J.

AKREDYTOWANY ORGAN ŚCIGANIA

BIURO PROJEKTU LIFESAVER

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



DR ERROL D. TOULON, JR.
SZERYF

**WNIOSEK O REJESTRACJĘ DO PROJEKTU LIFESAVER
(DLA DOROSŁEGO)**

Imię i nazwisko podopiecznego/ej: _____

Pseudonim(y): _____

Adres: _____

Miasto: _____ Kod pocztowy (Zip): _____

Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____

Czas zamieszkiwania pod powyższym adresem: _____

Poprzedni/e adres/y podopiecznego/ej: _____

OPIS PODOPIECZNEGO/EJ

Data urodzenia: _____ Obecny wiek: _____ Płeć: M K

Wzrost: _____ stóp. _____ Waga: _____ Budowa ciała: _____
_____ cali.

Kolor włosów: _____ Uczesanie: _____ Kolor oczu: _____

Rasa: _____ Karnacja: _____

Zarost: _____ Znaki szczególne – blizny, znamiona, tatuaże (opis): _____

W przypadku nieznamości języka angielskiego, proszę podać, jaki język zna podopieczny/! _____

Okulary: Tak Nie Aparaty słuchowe: Tak Nie Sprzęt ułatwiający poruszanie się: Laska Chodzik
Czy podopieczny/a wychodzi sam/a? Tak Nie Należy wyjaśnić w przypadku odpowiedzi „Tak”:

ZDROWIE PODOPIECZNEGO/EJ

Diagnoza: _____ Kiedy zdiagnozowano: _____

Znane dodatkowe problemy medyczne: _____

Znane problemy psychologiczne: _____ Kod pocztowy: _____

_____ Telefon komórkowy: _____

Znane upośledzenia fizyczne: _____

Leki (nazwa, dawka i częstotliwość dawkowania): _____

Lekarz prowadzący: _____ Nr telefonu: _____

HISTORIA NIEKONTROLOWANYCH ODDALEŃWcześniejsza historia Tak Nie W przypadku odpowiedzi „Tak” wyjaśnić, podając daty, miejsca i skutki:
niekontrolowanych
oddaleń/utruty orientacji:

NAWYKI / OSOBOWOŚĆ PODOPIECZNEGO/EJCzy używa wyrobów Tak Nie Czy często ma przy sobie zapalki? Tak Nie
tytoniowych?:Czy często ma przy sobie zapalniczkę? Tak NieCzy używa alkoholu? Tak Nie W przypadku odpowiedzi „Tak”: jakiego rodzaju, jak często?:Czy często ma przy sobie Tak Nie W przypadku odpowiedzi „Tak”: kwota i miejsce
gotówkę:

Zainteresowania / hobby: _____

 Śmiały/a czy Cichy/a i nieśmiały/a Rozmawia z nieznanymi: Tak NieCzy zagraża sobie lub innym? Tak Nie

Lęki podopiecznego/ej (psy, koty, ludzie, hałasy, ciemność itp.): _____

Zachowanie podopiecznego/ej w przypadku zranienia lub przestraszu (płacz, krzyk, chowanie się itp.): _____

podopieczny/a ma dostęp do samochodu: Tak Nie W przypadku odpowiedzi „Tak”: numer rejestracyjny pojazdu(ów): _____

OSOBY, Z KTÓRYMI PODOPIECZNY/A MOŻE SIĘ KONTAKTOWAĆ W PRZYPADKU ZAGUBIENIA / UTRATY ORIENTACJI W TERENIE / UCIECZKI

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/ą: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/ą: _____

Adres: _____

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/ą: _____

Adres: _____

OPIEKUN/OWIE

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/ą: _____

Adres: _____

Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____ E-mail: _____

Nazwa pracodawcy: _____

Adres pracodawcy: _____

Telefon służbowy: _____ E-mail: _____

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/ą: _____

Adres: _____

Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____ E-mail: _____

Nazwa pracodawcy: _____

Adres pracodawcy: _____

Telefon służbowy: _____ E-mail: _____

PODOPIECZNI KORZYSTAJĄCY Z OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ/ZARZĄDZANEJ/DOMU OPIEKI

Nazwa placówki / organizacji: _____

Adres: _____

Osoba kontaktowa: _____ Nr telefonu: _____ Faks: _____

PEŁNOMOCNIK

Imię i nazwisko: _____ Charakter relacji z podopiecznym/a: _____

Adres: _____

Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____ E-mail: _____

INFORMACJA O ODPOWIEDZIALNOŚCI/ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI**Prosimy uważnie przeczytać tę część i podpisać przed złożeniem wniosku**

Ja, (imię i nazwisko opiekuna) _____, potwierdzam, że informacje podane przeze mnie w tym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i rzetelne. Jestem świadom/a, że przyjęcie do programu Project Lifesaver Biura Szeryfa Hrabstwa Suffolk **nie zastępuje konieczności stałej opieki nad podopiecznym/a.**

(A) Ja, (imię i nazwisko opiekuna) _____ zaświadczam, że (imię i nazwisko podopiecznego/ej) _____ jest nadzorowany/a osobiście przeze mnie i/lub przez inną **odpowiedzialną osobę dorosłą, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.**

(B) Ja, (imię i nazwisko opiekuna) _____ zaświadczam, że (imię i nazwisko podopiecznego/ej) _____ **nie jest pozostawiany bez nadzoru.**

Jeżeli oba powyższe stwierdzenia (A) i (B) są NIEPRAWDZIWE, oznacza to, że podopieczny/a nie kwalifikuje się do udziału w Projekcie Lifesaver. Jeżeli jakkolwiek część odpowiedzi opiekuna (opiekunów) nie oddaje rzetelnie stanu faktycznego, podopieczny/a nie będzie się już kwalifikować do udziału w Projekcie Lifesaver.

Jestem świadom/a, że o ile Projekt Lifesaver korzysta z globalnego urządzenia śledzącego, które pomaga w zlokalizowaniu osób noszących nadajnik, mogą zdarzyć się sytuacje, w których nie będzie można zlokalizować danej osoby z powodu awarii urządzenia lub innych nieprzewidzianych okoliczności. Wyrażam zgodę na przyjęcie wszelkiej odpowiedzialności związanej z uczestnictwem w programie „Projekt Lifesaver” prowadzonym przez Biuro Szeryfa Hrabstwa Suffolk.

Jestem świadom/a, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku zostaną udostępnione w ramach Biura Szeryfa Hrabstwa Suffolk oraz innym instytucjom/organizacjom poszukiwawczym i ratowniczym. Jestem świadom/a, że żadna z informacji podanych przeze mnie teraz lub a przyszłości nie będzie traktowana jako poufna lub chroniona.

Jestem również świadom/a, że Projekt Lifesaver jest programem sponsorowanym przez Biuro Szeryfa Hrabstwa Suffolk i działa we współpracy z innymi lokalnymi instytucjami. Jeśli podopieczny/a zostanie przyjęty/a do programu Projekt Lifesaver, zgadza się zabezpieczyć hrabstwo Suffolk, Szeryfa Hrabstwa Suffolk i każdą z instytucji oraz ich pracowników przed wszelkimi roszczeniami dotyczącymi odpowiedzialności i/lub szkód, a także zwolnić hrabstwo Suffolk, Szeryfa Hrabstwa Suffolk i każdą z instytucji oraz ich pracowników z takiej odpowiedzialności, oraz zrzec się wszelkich praw do dochodzenia roszczeń z tytułu strat lub szkód na ciele, które

mogą wystąpić w wyniku udziału w programie Projekt Lifesaver prowadzonym przez Biuro Szeryfa Hrabstwa Suffolk.

Zapoznałem/am się z „Arkuszem Informacyjnym” Projektu Lifesaver i zgadzam się na jego warunki. Reprezentuję podopiecznego/ą i oświadczam, że posiadam **pełne umocowanie i uprawnienia jako należycie upoważniony przedstawiciel wnioskodawcy** do rejestracji w programie i działania w jego imieniu.

Imię i nazwisko opiekuna (dużymi literami): _____

Podpis opiekuna: _____