

Union County Sheriff's Office (Oficina del Alguacil del Condado de Union)

Project Lifesaver solicitud de inscripción

Nombre del solicitante:

Información del representante autorizado (servirá como contacto primario)

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado:

Teléfono de casa:

Teléfono móvil:

Otro teléfono:

Email:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Teléfono del trabajo:

Relación con el Solicitante:

¿Tiene Un poder notarial Para el solicitante que está buscando inscribirse en el Project Lifesaver?

En caso negativo, indique el nombre, la dirección, el número de Teléfono y la relación con el solicitante de la solicitud:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el Solicitante:

¿El solicitante tiene un cuidador de 24 horas?

Nombre(s) de la lista de cuidador(es) de 24 horas

Nombre:

Nombre:

Dirección:

Dirección:

Teléfono de casa:

Teléfono de casa:

Teléfono móvil:

Teléfono móvil:

Otro teléfono:

Otro teléfono:

Relación con el solicitante:

Relación con el solicitante:

Información Del Solicitante (Persona que está siendo inscrita en el Project Lifesaver)

Nombre:

Sobrenombre:

Dirección:

Fecha de Nacimiento:

Edad actual:

Altura:

Peso:

Color de ojos:

Color del pelo:

Gafas:

Vello Facial:

¿Cuánto tiempo ha residido el solicitante en esta dirección?

Información Médica/Del Salud del Solicitante

¿Cuál es el diagnóstico específico del solicitante?

¿Cuándo fue diagnosticado el solicitante?

Por favor, indique el nombre, la dirección y el número de Teléfono del(de los) médico(s) que diagnosticó al solicitante:

Por favor describa cualquier otro problema relacionado con la salud:

Por favor, enumere todos los medicamentos que el solicitante está tomando:

Describir cualquier otra característica distintiva del solicitante:

¿Hay algún antecedente previo de que el solicitante se haya perdido o alejadode su casa?

En caso afirmativo, describa cada evento en detalle e incluya la fecha:

Si el solicitante es aceptado en el programa del Project Lifesaver, se aplicarán los siguientes términos, así como los términos y condiciones establecidos en Cuarto lugar En el contrato del Project Lifesaver:	
Entiendo que la inscripción en el programa Project Lifesaver no reemplaza la necesidad de un cuidador de 24 horas.	
Entiendo que una condición de este programa es que el solicitante no opere un vehículo de motor.	
Acto que toda la información que he proporcionado en esta aplicación será compartida entre la oficina del Sheriff del Condado de Unión y la Oficina del Envejecimiento del Condado de Unión, así como el Departamento de policía en la ciudad donde reside el solicitante, y entiendo que ninguna de la información que proporcioné o proporcionare en el futuro puede considerarse confidencial o protegida.	
Reconozco que la información que he proporcionado en el paquete de aplicación Project Lifesaver es verdadera y exacta según mi mejor conocimiento.	
Por la presente represento que tengo pleno poder y autoridad como representante debidamente autorizado del solicitante mencionado, para registrar y actuar en su nombre. Nombre del Solicitante:	
Imprimir Nombre:	(Representante Autorizado)
Firma:	Fecha: