



REGISTRO DE DISCAPACIDAD DE PRIMEROS RESPONDEDORES

Village of Pleasantville • Jefe de policía Erik Grutzner

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN -DE PLEASANTVILLE ~~SOLO PARA RESIDENTES~~ Queremos conocer cualquier NECESIDAD ESPECIAL que tenga, para poder servirle mejor en caso de una emergencia.

ENVÍE el formulario completo con foto a:

Jefe de Policía • Pleasantville PD • 80 Wheeler Ave • Pleasantville, NY10570 ENVÍE el

formulario completo (PDF) con una foto escaneada a: policechief@pleasantville-ny.gov



Por favor conteste todas las preguntas EN AMBOS LADOS de este formulario. Escriba su información o marque la casilla que le corresponda.

NOMBRE			FECHA	EDAD
HOMBRE MUJER	CORREO ELECTRÓNICO DIRECCIÓN			
NÚM. DE TELÉFONO		TELÉFONO CELULAR NO.		
DIRECCIÓN			APT.	Pleasantville e NY
VIVIENDA UNIFAMILIAR				
VIVIENDA MULTIFAMILIAR EDIFICIO DE APARTAMENTOS SÍ NO		PISO	ASCENSOR DESÍ NO	
¿VIVE SOLO? SI NO		¿VIVE CON FAMILIA? SÍ NO OTROS		
¿HAY ALGÚN DUEÑO, ADMINISTRADOR O VECINO EN SU EDIFICIO PARA CONTACTARNOS PARA AYUDARNOS EN CASO DE EMERGENCIA? SÍ NO ¿				
QUIÉN MÁS TIENE LLAVES O ACCESO A SU CASA PARA AYUDARNOS A ALCANZARLO?				

NOMBRECONTACTO	DEUNIDAD O # TELÉ
¿SE MUEVE LIBREMENTE POR SU CUENTA? SÍ NO ¿NECESITA AYUDA? SÍ NO TU PESO:	
¿USAS OXÍGENO EN CASA? SÍ NO ¿CÓMO SE ALMACENA?	
¿TIENE EQUIPO DE SOPORTE VITAL? SÍ NO EQUIPO DE DIÁLISIS? SÍ NO	
¿TIENE UNA SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA O SCOOTER MOTORIZADO? SÍ NO ¿SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR? SÍ NO	

DEFICIENCIA AUDITIVA SÍ NO ¿USTED UTILIZA UN SISTEMA TDD SÍ NO	
CIEGO SÍ NO LEGALMENTE CIEGO SÍ NO OTROS PROBLEMAS VISUALES SÍ NO	
SI ES SÍ, POR FAVOR EXPLIQUEFAVOR	
DESARROLLO ODESARROLLO O DISCAPACIDADES ORDINARIAS ¿O RETOS SIMILARES? SÍ NO	
DIFICULTAD PARA HABLAR CON OTRAS PERSONAS SÍ NO ¿NO PUEDE HABLAR SÍ NO	
PROBLEMAS TRATANDO CON EXTRAÑOS SÍ NO DIFICULTAD PARA RESPONDER A LO QUE LAS PERSONAS LE PIDEN HACER SÍ NO DEL	
DIFICULTADES SIGNIFICATIVAS DE MOVILIDAD SÍ NO SALVAVIDAS SEGUIMIENTODISPOSITIVO	
SÍ NO WES SERVICIO ANIMAL SÍ NO	
¿ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O ALGUIEN MÁS LLENA ESTE FORMULARIO POR USTED? OTRO	
NOMBREDE	PROPIO NÚMEROTELÉFONO
CONTACTO DE EMERGENCIA (A QUIÉN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA)	
NOMBREDE	NÚM.TELÉFONO.
¿QUIÉN ES SU MÉDICO, EN CASO DE QUE NECESITAMOS LLAMAR EN SU NOMBRE?	
NOMBRE NÚMERO DE	TELÉFONO

APODO SI NO SI ES SI,

IDIOMA PRINCIPAL INGLÉS ESPAÑOL OTRO

¿HAY UN ARMA EN SU CASA? SÍ NO ¿UNA PISTOLA U OTRO ARMA DE FUEGO? SÍ NO

¿HAY ALGO MÁS ESPECIAL O DIFERENTE ACERCA DE USTED QUE DEBEMOS SABER PARA AYUDARLE?

FIRMA

FECHA

TODAS LAS RESPUESTAS SON VOLUNTARIAS Y CONFIDENCIALES Y ESTÁN PROTEGIDAS BAJO LA LEY FEDERAL HIPAA. LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SERÁ UTILIZADA CON FINES INFORMATIVOS ÚNICAMENTE Y NO SERÁ UTILIZADA NI RESULTARÁ EN LA ALTERACIÓN O CAMBIO EN LOS PROCEDIMIENTOS ESTÁNDAR DE POLICÍA, INCENDIOS O EMERGENCIAS DE EMERGENCIAS. ES RESPONSABILIDAD DE CADA RESIDENTE INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE CUALQUIER CAMBIO O ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL MISMO.