



# Woodland Police and Fire Departments Special Needs Alert Program (SNAP)


 New Alert

 Updated Alert

### Registrant Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
Physical Address City State Zip Code

Primary Language Spoken: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

Date of Birth: (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Name of School or Work: \_\_\_\_\_

\*E-mail: \_\_\_\_\_ *(\*used for annual update alert reminders, etc.)*

### Emergency Contact Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
Physical Address City State Zip Code

Work Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

### Special Needs (Please check all that apply)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visually Impaired | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder   | <input type="checkbox"/> Cognitively / Developmentally delayed       |
| <input type="checkbox"/> Legally Blind     | <input type="checkbox"/> Speech Impaired    | <input type="checkbox"/> Mood Disorder/ Mental Illness               |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impaired  | <input type="checkbox"/> Prosthesis         | <input type="checkbox"/> Paralysis (full or part)                    |
| <input type="checkbox"/> Deaf              | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy     | <input type="checkbox"/> Parkinson's                                 |
| <input type="checkbox"/> Immobile          | <input type="checkbox"/> Down's Syndrome    | <input type="checkbox"/> Alzheimer's / Dementia                      |
| <input type="checkbox"/> Non-verbal        | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy | <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder/ Asperger Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Other: _____      |   |  |

### Special Considerations (Please check all that apply)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Responds to verbal commands      | <input type="checkbox"/> Responds well to touch   | <input type="checkbox"/> Has high pain tolerance  |
| <input type="checkbox"/> Communication/ Speech Delay      | <input type="checkbox"/> Light/ Siren Sensitivity | <input type="checkbox"/> Wheelchair/ Walker/ Cane |
| <input type="checkbox"/> Communicates with PECS           | <input type="checkbox"/> Sound Sensitivity        | <input type="checkbox"/> Tendency to Wander       |
| <input type="checkbox"/> Communicates with Sign Language  | <input type="checkbox"/> Uses Hearing Aids        | <input type="checkbox"/> Fascination with water   |
| <input type="checkbox"/> Scared of fast movements/ crowds | <input type="checkbox"/> Color Sensitivity        | <input type="checkbox"/> Tendency to hide: _____  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                     |   |   |

Additional Comments: \_\_\_\_\_

The Special Needs Alert Program (SNAP) is designed to ensure the safety of those residents of the City of Woodland that are most vulnerable to emergencies and disasters, the elderly and infirmed and those with various disabilities and special needs. The information you provide about health and medical conditions may be shared with Police, Fire and other emergency responders to assist them in responding to an emergency or disaster. You may revoke your consent to sharing information at any time by written request to: The Woodland Police Department, 1000 Lincoln Ave., Woodland, CA 95695 (ATTN: SNAP). "Providing this information does not insure that emergency responders will be able to provide services to you in an emergency but will assist them in responding appropriately based on available resources." Additionally, I give local law enforcement and/or medical personnel permission to enter my home in case of an emergency. **By submitting this information, you consent to sharing information on this form.** I certify that the information provided on this form is true and correct. It is my responsibility to update the information on this form as needed.

Name of Individual/ Primary Care Giver/ Responsible Party completing form: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_



# Woodland Police and Fire Departments

## Programa de Alerta para Necesidades Especiales

### (sigla en ingles: SNAP)


 Nueva Alerta

 Actualización de Alerta

#### Información del Subcriptor

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre : \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Nombre de escuela o lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_ *\*para enviar recordatorios anuales de actualización de alertas*

#### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre : \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Relación con Registrante: \_\_\_\_\_

#### Necesidades Especiales (Marque todas las que correspondan)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ópticamente incapacitado | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Retraso Cognitivo/Desarrollo                         |
| <input type="checkbox"/> Legalmente Ciego         | <input type="checkbox"/> Desorden Verbal      | <input type="checkbox"/> Desorden Anímico / Enfermedad Mental                 |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Auditivo       | <input type="checkbox"/> Prótesis             | <input type="checkbox"/> Parálisis (Total o Parcial)                          |
| <input type="checkbox"/> Sordo                    | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral   | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Inmóvil                  | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down     | <input type="checkbox"/> Alzheimer/ Demencia                                  |
| <input type="checkbox"/> Limitación Verbal        | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular   | <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista/ Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____              |   |   |

#### Consideraciones Especiales (Marque todas las que correspondan)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Responde a instrucciones verbales      | <input type="checkbox"/> Responde bien a contacto físico | <input type="checkbox"/> Tiene alto umbral al dolor     |
| <input type="checkbox"/> Retraso de Lenguaje/Desarrollo         | <input type="checkbox"/> Sensible a Luces/Sirenas        | <input type="checkbox"/> Silla de Rueda/ Andador/ Bastó |
| <input type="checkbox"/> Comunicación con símbolos (PECS)       | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al sonido          | <input type="checkbox"/> Tendencia a deambular          |
| <input type="checkbox"/> Se comunica con lenguaje de señas      | <input type="checkbox"/> Usa Ayuda Auditiva              | <input type="checkbox"/> Fascinación por agua           |
| <input type="checkbox"/> Temor a Movimientos Bruscos/Multitudes | <input type="checkbox"/> Sensible a Colores              | <input type="checkbox"/> Tendencia a ocultarse:         |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                            |  |   |

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

El Programa de Alerta para Necesidades Especiales (sigla en ingles: SNAP) esta diseñado para asegurar la seguridad a aquellos residentes de la ciudad de Woodland mas vulnerables a emergencias y desastres, ancianos y enfermos y aquellos con discapacidades y necesidades especiales. La información que usted provee sobre estado de salud y condiciones medicas estarán disponibles para la policía, bomberos y otros servicios para poder ayudar en casos de emergencia o desastre. Usted puede negar el consentimiento a compartir su información en cualquier momento a través de una solicitud por escrito dirigida a: The Woodland Police Department, 1000 Lincoln Ave., Woodland, CA 95695 (ATTN: SNAP). "Proveer la información no garantiza que los servicios de emergencia serán capaces de proveer ayuda en caso de una emergencia pero ayudará para que puedan responder adecuadamente de acuerdo a los recursos disponible". Adicionalmente, doy el consentimiento a la fuerza publica y/o personal medico permiso para entrar a mi casa en caso de emergencia. **Con la entrega de este formulario usted estará dando el consentimiento para que la información contenida en él sea compartida.** Certifico que la información provista en este formulario es fidedigna y correcta. Es mi responsabilidad actualizar la información en este formulario cuando sea necesario.

Nombre del Individuo/ Encargado del cuidado/ Persona responsable completando el formulario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con subcriptor: \_\_\_\_\_