



## PROJECT: GUARDIANS

UN PROGRAMA COMUNITARIO DESARROLLADO  
POR EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DEL  
CONDADO RILEY.



**Por favor llene el formulario y devuelvalo al:**

Departamento de Policía del condado Riley

Attn: Tyler Siefkes

1001 S. Seth Child Road

Manhattan, KS 66502-3115

correo electrónico: [projectguardians@rileycountypolice.org](mailto:projectguardians@rileycountypolice.org)

PROYECTO: GUARDIANES es un programa desarrollado por el Departamento de Policía del condado Riley con el propósito de ayudar mejor a aquellos en la comunidad con desordenes cognitivos, Autismo, o Alzheimer. Este programa fue diseñado para asistir a la policía con los miembros de la comunidad que se han extraviado de casa o necesitan asistencia de la policía.

### Información del Participante

Apellido \_\_\_\_\_ Primer y Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Apodo(s) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Núm. de Licencia \_\_\_\_\_ Estado de Licencia \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad \_\_\_\_\_  
Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Marca de Nacimiento  
Color de Ojos \_\_\_\_\_ Color de Cabello \_\_\_\_\_ ☐ Anteojos ☐ Tatuajes ☐ Cicatriz

### Información del Padre/Guardián

Apellido \_\_\_\_\_ Primer y Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_  
Instrucciones especiales para el personal de emergencia \_\_\_\_\_

(Describa los identificadores especiales seleccionado)

Firma del Participante \_\_\_\_\_  
(si es mayor de 18 años)  
Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
(si es aplicable)

Firma del Empleado \_\_\_\_\_  
(Testigo de la firma del participante o padre/guardián)  
Núm. del Empleado \_\_\_\_\_

### Condiciones Médicas del Participante

Individuales con Autismo, Alzheimer o algún desorden cognitivo relevante son actualmente elegibles para el programa PROYECTO: GUARDIANES.

- ☐ Autismo  
☐ Alzheimer  
☐ Desorden Cognitivo  
☐ Otro: \_\_\_\_\_

### Para Uso Interno

Esta sección de este formulario debe ser completado por el personal de Centro de Comunicación del Departamento de Policía del condado Riley.

Ingresado por \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Notas Internas \_\_\_\_\_

**Una foto reciente del participante es requerido.** La foto debe ser 4 x 6 o más grande. Fotos digitales de alta resolución son aceptables. La cabeza del participante debe mirar directamente a la cámara y debe ser el único individuo en la foto.



**Departamento de Policía  
del condado Riley**

*Para reducir el crimen y mejorar la calidad de vida para los ciudadanos que servimos*