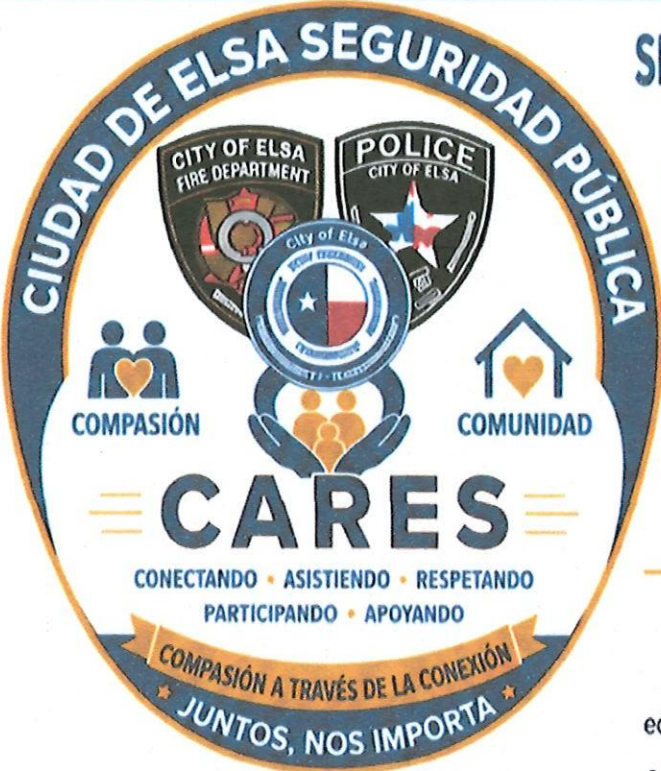




SEGURIDAD PÚBLICA DE ELSA

CARES PROGRAMA

Conectando • Asistiendo • Respetando
Participando • Apoyando

El programa CARES de Seguridad Pública de Elsa ofrece evaluaciones de bienestar, educación sobre seguridad y apoyo comunitario a residentes de edad avanzada, discapacitados y en riesgo.

La participación es voluntaria y gratuita.

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apto./Unidad: _____

Ciudad: Elsa, TX Código postal: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico (opcional): _____

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (principal): _____ Teléfono (alternativo): _____

Dirección (si es diferente): _____

3. INFORMACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD (Opcional)

Condiciones médicas: _____

Medicamentos: _____

Limitaciones de movilidad:

☐ Ninguna ☐ Bastón ☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Otra: _____

¿Tiene mascotas? ☐ Sí ☐ No Si es así, tipo/raza: _____

4. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Al firmar a continuación, acepto voluntariamente participar en el programa CARES de Seguridad Pública de Elsa. Entiendo que este programa brinda servicios de bienestar y tranquilidad, y no sustituye los servicios de emergencia. En caso de emergencia, llamaré al 911.

Firma: _____ Fecha: _____

5. PREFERENCIAS DEL PROGRAMA (Marque todas las que apliquen)

☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto

☐ Visita en persona

☐ Visita en el hogar (Limitada a una vez por semana)

Frecuencia preferida:

☐ Diaria ☐ 2-3 veces por semana

☐ Semanal ☐ Otra: _____

Mejor momento para contactarlo:

☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

¿Tiene instrucciones o solicitudes especiales?

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de recibido: _____

Ingresado por: _____

ID del participante: _____

Nivel de riesgo:

☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto

Notas:



PARA MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON:
Cristina Martínez



956-262-4721



cmartinez@cityofelsa.net