



PROYECTO SALVAVIDAS – REGRESANDO SERES AMADOS AL HOGAR

Solicitud para Ingresar/Perfil del Cliente

Esta solicitud para **Proyecto Salvavidas** está diseñada para cuidadores con custodia. Al someter esta solicitud, ustedes serán considerados para participación en el **Programa Proyecto Salvavidas**.

- ✓ Se les pondrán transmisores a clientes SOLAMENTE si pedidos por alguien legalmente responsable, i.e.:
 - Cónyuge
 - Hijo o hija, en la ausencia de un cónyuge
 - Miembro de la familia que sea cuidador primario y tenga responsabilidad legal
 - Administrador de vivienda asistida que requiera un transmisor para que el cliente pueda residir en el complejo
- ✓ En el caso que no haya cónyuge y hay desacuerdo sobre el transmisor, no se le pondrá uno al cliente hasta que un miembro de la familia que tenga Poder Notarial lo pida, o haya una Orden del Tribunal asignando al miembro de la familia como legalmente responsable. Una copia del Poder Notarial u Orden del Tribunal se tiene que hacer disponible a WJCS y mantenerse en el expediente del cliente.
- ✓ Clientes deben estar supervisados 24/7/365, y NUNCA dejados solos en la residencia.
- ✓ Clientes no deben tener acceso a llaves de automóvil, ni tener permiso a conducir.
- ✓ Se les proveerá a los cuidadores instrucciones y números telefónicos para emergencias.
- ✓ Se les proveerá a los cuidadores un verificador, como también se les dará instrucciones en su uso y el procedimiento para verificar que el transmisor esté funcionando diariamente. Estos chequeos se registrarán en el diario de batería, el cual se entregará durante la cita para el cambio de batería. Se les proveerá un diario de batería nuevo para los próximos 60 días.
- ✓ A los cuidadores se les dará un contrato y se les explicará los términos y acuerdos. El contrato se tendrá que firmar y archivar en la Oficina Administrativa de Westchester Jewish Community Services.

Además de esta solicitud, necesitamos una FOTOGRAFIA reciente del cliente para incorporar en su perfil nuevo de Proyecto Salvavidas. La cara y la parte de arriba del cuerpo tienen que ser visibles, y el cliente NO puede llevar sombrero, gorra o capucha, ni tampoco abrigo o chaqueta gruesa.

Por favor envíe la fotografía como un documento adjunto en un correo electrónico a: ipettersen@wjcs.com. La solicitud completa también se puede mandar por correo electrónico, o por correo regular a: WJCS – Project Lifesaver Program, 845 North Broadway, White Plains, NY 10603, Attn: Isabel M Pettersen.

Asegúrese que la foto tenga el nombre del cliente y que sea un JPEG o PNG.

Nombre del Cuidador (pariente) _____

Parentesco con el cliente _____ Edad del cuidador _____

Número de teléfono y dirección del cuidador _____

Correo electrónico del cuidador _____

PROYECTO SALVAVIDAS – DATA DEL CLIENTE / PERFIL

Nombre del cliente _____ Apodo _____

Dirección: _____ Teléfono (hogar) _____

_____ Teléfono (celular) _____

¿Hace cuánto vive el cliente en la dirección arriba? Desde _____

Dirección previa del cliente: _____

Condición(es) médica(s): _____

¿Quién reside con el cliente? _____

Nombre del cónyuge (si es aplicable) _____ vivo / fallecido?

DESCRIPCION DEL CLIENTE

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género ____M ____F

Estatura _____ Peso _____ Raza _____

Color de cabello _____ Color de ojos _____

Subraye lo que sea apropiado/usual para el cliente: Tez: Pálida Mediana Oscura

Barba Bigote Patillas Calvo Peluca Bastón Andador Cojera Dientes falsos

Ayudas: Espejuelos Lentes de Contacto Audífono Otra ayuda: _____

Características Distintivas (mancha de nacimiento, cicatriz, tatuaje, etc.) _____

Idioma primario _____ Idioma(s) secundario(s) _____

Capacidad de comunicación del cliente: ninguna / pobre / pasable / buena / excelente

Medicinas que toma regularmente: _____

¿Fuma, bebe, o usa drogas ilícitas el cliente (explique)? _____

¿Es el cliente un peligro para sí mismo o para los demás? _____ ¿Habla el cliente con extraños? _____

¿Le tiene miedo a perros/gatos/animales (explique)? _____

¿Le tiene miedo a la oscuridad / ruidos (explique)? _____

Haga una lista de pasatiempos, intereses, juegos deportivos favoritos, y preocupaciones del cliente:

¿Tiene el cliente acceso a armas de fuego, o tiene permiso para portar armas de fuego? Sí / No *

*Si contestó **sí**, tiene que explicar _____

Artículos que el cliente usualmente lleva consigo o lleva puestos: _____

Sitios a donde el cliente le gusta ir: _____

Experiencia - ¿Tiene el cliente las siguientes experiencias? Sí o No, y explique si marca Sí

- ¿Entrenamiento de primeros auxilios? Sí / No _____
- ¿Experiencia militar? Sí / No _____
- ¿Experiencia recreativa al aire libre? Sí / No _____
- ¿Experiencia de campamento durante la noche? Sí / No _____
- ¿Involucrado(a) en el escultismo? Sí / No _____

¿Sale el cliente de la casa solo(a)? _____ ¿Todavía conduce el cliente? _____

¿Se ha perdido el cliente alguna vez? Explique (cuándo, cuánto tiempo estuvo perdido(a), dónde se encontró, quién lo(a) encontró? _____

Por favor conteste estas preguntas, y explique cuando sea aplicable:

- ¿El cliente permanece orientado al tiempo y a la persona? Sí / No _____

- ¿El cliente reconoce personas/caras familiares? Sí / No _____
- ¿Puede el cliente viajar solo(a) a lugares familiares? Sí / No _____
- ¿Tiene el cliente un conocimiento reducido de los acontecimientos actuales, o tiende a revivir los acontecimientos pasados de su vida? Sí / No _____
- ¿Se viste el cliente a veces incorrectamente? Sí / No _____
- ¿Se recuerda el cliente de su propio nombre y el nombre del cónyuge y/o sus hijos? Sí / No _____
- ¿Son regulares los patrones de sueño del cliente? Sí / No _____
- ¿Tiene el cliente cambios frecuentes de personalidad y emocionales? Sí / No _____
- ¿Tiene el cliente delirios (ver visitantes imaginarios/hablar con reflejos en el espejo/imaginar que su ser querido es un impostor, etc.)? Sí / No _____

Ocupación más reciente: _____

Otras personas que el cliente podría contactar o intentar visitar:

Nombre _____	Nombre _____
--------------	--------------

Dirección _____	Dirección _____
-----------------	-----------------

_____	_____
-------	-------

Teléfono # _____	Teléfono # _____
------------------	------------------

Parentesco con el cliente _____	Parentesco con el cliente _____
---------------------------------	---------------------------------

-----	-----
-------	-------

Nombre _____	Nombre _____
--------------	--------------

Dirección _____	Dirección _____
-----------------	-----------------

_____	_____
-------	-------

Teléfono # _____	Teléfono # _____
------------------	------------------

Parentesco con el cliente _____	Parentesco con el cliente _____
---------------------------------	---------------------------------

¿Alguna información adicional? _____
