



# AURORA POLICE DEPARTMENT

1200 E. Indian Trail ☆ Aurora, Illinois 60505-1896  
Phone (630) 256-5000 ☆ Facsimile (630) 256-5729

**Chief of Police**  
Keith M. Cross

**Deputy Chief**  
Matthew T. Thomas

**Commanders**  
Steven A. Stemmet  
Elizabeth Robinson-Chan  
Daniel R. Eppard  
Donald L. Flowers

## **Registro para S.N.A.P.P. (Programa de Policía de Aurora de necesidades especiales)**

Si tiene un miembro de la familia con necesidades especiales, o si usted tiene alguna necesidad especial, complete este formulario en su totalidad. El Departamento de Policía de Aurora enviará esta información a una base de datos que lo ayudará a interactuar adecuadamente con esta persona, si es necesario. Debido a la variedad de necesidades de las personas con discapacidades, es pertinente indicar factores desencadenantes específicos que pueden ser perjudiciales, así como formas específicas de interactuar con éxito.

### **Información sobre personas con necesidades especiales:**

Nombre de la persona con necesidades especiales identificadas:

\_\_\_\_\_ (Primero, Medio, Último)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Masculino/ Hembra : \_\_\_\_\_

Raza / Etnicidad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ libras

Descripción física

(ojos / cabello / cicatrices / marcas / tatuajes):

**Por favor indique la (s) discapacidad (s) identificada (s) para esta persona:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información de Contacto en caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**Lugar de empleo y / o centro educativo (si corresponde), incluya la dirección:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre / dirección / número de teléfono de cualquier cuidador adicional que esta persona pueda visitar regularmente en Aurora:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier información que sea importante para que la Policía de Aurora conozca sobre esta persona. (Es decir, identificadores especiales, como un brazalete que indica su discapacidad, verbal / no verbal, factores desencadenantes, estrategias de calma, etc.)

Pulsera de identificación / banda de alerta: (círcula) Sí No

Collar de identificación: (círcula) Sí no

Tarjeta de identificación para necesidades especiales: (círcula) Sí No

Comunicación: (círcula) verbal no verbal

Botes de oxígeno: (círcula) domicilio trabajo/ centro educativo

Problemas sensoriales: (círcula) Si No

Si “sí” está marcado con un círculo en la parte superior de los problemas sensoriales, describa los problemas sensoriales y haga sugerencias para que los primeros respondedores puedan saber y manejar mejor una situación de crisis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idioma preferido de comunicación:

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud de seguridad ambiental, como mascotas, armas almacenadas, acceso a medicamentos u otros peligros potenciales que le gustaría que los primeros respondientes tuvieran en cuenta? Si\_\_ No\_\_  
Si se circula "sí" en un círculo, describa sus inquietudes de seguridad ambiental:

---

---

---

---

Necesidades médicas:

---

---

---

**Disparadores para evitar, si es posible:**

---

---

---

---

**Estrategias y / o necesidades de interacción positiva:**

---

---

---

---

Lugares favoritos para visitar (Parques, Etc.)

---

¿Ha estado desaparecido su ser querido antes? Si\_\_ No\_\_  
En caso afirmativo, ¿dónde estaban ubicados y cuándo?

---

---

---

¿Está completando este formulario en nombre de alguien? Si\_\_ No\_\_  
Su nombre / relación con el individuo:

---

Su dirección y número de teléfono:

---

Fecha de registro en SNAPP:

---

¿Hay una foto actual disponible para la policía? Si\_\_ No \_\_\_\_

\*\* Las fotos se pueden enviar por correo electrónico a

[snapp@apd.aurora.il.us](mailto:snapp@apd.aurora.il.us)

Incluya el nombre de las personas, la fecha de nacimiento y la dirección cuando envíe una foto al correo electrónico de SNAPP.

**Un comunicado firmado debe acompañar este formulario de registro.**

**Hay disponible un formulario de autoreproducción así como un formulario de autorización para individuos con un tutor legal. Esta información se mantendrá en archivo durante un período que no excederá dos (2) años. Una notificación se hará antes de ese plazo de dos años. Si la información no se confirma en ese momento, la información se eliminará de la base de datos. Si es necesario realizar algún cambio con la tutela, cambio de dirección, etc., complete un formulario nuevo junto con una versión actualizada y envíela al Departamento de Policía de Aurora. Los formularios completos se pueden dejar en la recepción del Departamento de Policía de Aurora o enviarlos por correo al**

**Departamento de Policía de Aurora:**

**1200 E Indian Trail**

**Aurora, IL 60505**

**Atención: CIU Unit**