

SOLICITUD DE DISPOSITIVO DE SEGUIMIENTO DE PROJECT LIFESAVER

Gracias por su interés en Project Lifesaver. Project Lifesaver proporciona un sistema voluntario de pulseras rastreables para personas en riesgo. El dispositivo de pulsera de Project Lifesaver funciona emitiendo una frecuencia de radio que puede ser utilizada por el Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles para localizar a su ser querido en el caso que desaparezca.

LA Found es un recurso de seguimiento para ayudar a localizar a un participante. No hay garantía de que se localizará a un participante a través de este dispositivo de seguimiento. Se le pedirá que libere de toda responsabilidad al Condado de Los Ángeles y al proveedor del Project Lifesaver. **Todos los agentes deben firmar los formularios de contrato y liberación del programa LA Found Project Lifesaver.**

Complete y devuelva esta solicitud, junto con la información solicitada a:

Por correo a: LA FOUND UNIT
 Atención: LA Found Program
 Los Angeles County Aging & Disabilities Department
 510 S. Vermont Avenue, piso 11
 Los Angeles, CA 90020

Por correo electrónico a:
LAFound@ad.lacounty.gov
 con línea de asunto "LA Found Project Lifesaver Program"

Si tiene preguntas, llame al 1- 833- 569- 7651
Lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

Requisitos de elegibilidad del programa

- 1) ¿El/la participante es residente del condado de Los Ángeles? Sí No
- 2) ¿Tiene el/la participante deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo? Sí No
- 3) En caso afirmativo, enumere todos los impedimentos mentales o cognitivos, afecciones médicas y/o discapacidades del desarrollo que duren al menos 6 meses y que limiten sustancialmente una actividad importante de la vida. (Elija todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Otro diagnóstico:
<input type="checkbox"/> Autismo	_____
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Otras formas de demencia:
<input type="checkbox"/> Demencia frontotemporal	_____
<input type="checkbox"/> Demencia con cuerpos de Lewy	<input type="checkbox"/> Otros trastornos del desarrollo:

- 4) ¿El/la participante utiliza ayuda para moverse? Sí No
 En caso afirmativo, enumere todos los tipos de ayudas para la movilidad utilizadas:

<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Scooter	<input type="checkbox"/> Animal de servicio
<input type="checkbox"/> Andadera	<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Ninguna

 - El/la participante está familiarizado/a con el transporte público y lo usa.
 - El/la participante requiere/necesita supervisión de atención las 24 horas.
 - El/la participante vive solo/a.
 - El/la participante vive con la familia/cuidador.
- 5) ¿Tiene el participante dificultad para comunicarse verbalmente? Sí No

<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Parcialmente verbal
------------------------------------	--
- 6) ¿El participante tiene problemas de visión? Sí No

Información del participante: ¿Para quién es el dispositivo?

Personal	Nombre:		Apellido:		Segundo nombre:		
	Apodo:				Fecha de cumpleaños:		
	Dirección de casa (Número, calle, N.º de depto.):			Ciudad:		Estado:	C.P.:
	Dirección de envío (si es diferente de la dirección de casa):						
	Idioma preferido del participante						
	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Inglés		
<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Ruso			
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> No enumerado:			
Altura:	Peso:	Color de piel:	Color de los ojos:	Color de pelo:			

Demografía de los participantes	Sexo al nacer:		Identidad de género:			
	<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino	
	<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Transgénero		<input type="checkbox"/> Género queer	
	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		<input type="checkbox"/> No está seguro		<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	
		<input type="checkbox"/> Prefiere autodescribirse: _____				
Orientación sexual:						
<input type="checkbox"/> Gay o lesbiana		<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> No está seguro		
<input type="checkbox"/> Heterosexual		<input type="checkbox"/> Queer		<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		
<input type="checkbox"/> Otra orientación sexual: _____						
Raza:						
<input type="checkbox"/> Indio/a americano o nativo/a de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático/a		<input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a		
<input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de las islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Caucásico/a		<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		
<input type="checkbox"/> Más de una raza		<input type="checkbox"/> No enumerada: _____				
Etnicidad:						
<input type="checkbox"/> Hispano		<input type="checkbox"/> Africano		<input type="checkbox"/> Japonés		
<input type="checkbox"/> Caribe		<input type="checkbox"/> Indio asiática/sur de Asia		<input type="checkbox"/> Coreano		
<input type="checkbox"/> América Central		<input type="checkbox"/> Camboyano		<input type="checkbox"/> Medio este		
<input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicanoamericano/Chicano		<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Vietnamita		
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Europa del Este		<input type="checkbox"/> Más de una etnia		
<input type="checkbox"/> Sudamericano		<input type="checkbox"/> Europeo		<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		
<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		<input type="checkbox"/> Filipino		<input type="checkbox"/> No enumerado: _____		
Información de los participantes	¿El/la participante es un/a veterano/a?			¿Cómo se enteró de LA Found?		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Periódicos/letreros en el autobús/etc. <input type="checkbox"/> Anuncio de televisión o radio <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Trabajador de caso/social <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado de la salud <input type="checkbox"/> Boca a boca		
¿El/la participante recibe Medi-Cal o Medicare?			<input type="checkbox"/> Alzheimer Los Ángeles <input type="checkbox"/> Departamento del Condado de Los Ángeles: <input type="checkbox"/> Departamento de Policía: <input type="checkbox"/> Otra: _____			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Información del participante: ¿Para quién es el dispositivo?

Preguntas de localización de los participantes	¿Ha deambulado el/la participante en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es así, ¿cuántas veces?) <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7 o más Describa cualquier incidente de deambulación o interacción que el/la participante haya tenido con la policía.
	Cosas que pueden molestar al participante (toque, ruidos fuertes, sirenas, etc.):
	Cosas que pueden calmar al participante (música, personaje favorito, comida rápida, etc.):
	¿Hay algún lugar que el/la participante visite con frecuencia? Enumere: _____
	¿Residencias anteriores y/o lugares familiares del/la participante?
	¿Fuentes de agua cercanas donde se puede encontrar al participante?
	¿Utiliza el/la participante algún otro dispositivo de seguimiento u otra forma de identificación portátil? (Alerta médica, celular, dispositivo GPS, etc.)
	¿El/la participante tiene acceso o porta algún tipo de armas?

Representante (persona autorizada para actuar en nombre del Participante)

Personal	Nombre:		Apellido:		Segundo nombre:		
	Dirección de casa (Número, calle, N.º de depto.):			Ciudad:	Estado:	C.P.:	
	Dirección de correo electrónico:			Teléfono de casa:	Teléfono móvil:		
	Idioma preferido del representante						
	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Inglés		
	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Ruso		
	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> No enumerado: _____		
	Relación con el/la participante:		Fecha de cumpleaños:		Método preferido de comunicación:		
				Correo electrónico <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Correo <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí, proporcione información importante por mensaje de texto. Se enviará un máximo de 2-3 mensajes							

Cuidador principal (si es diferente del Representante)

Personal	Nombre:		Apellido:		Segundo nombre:		
	Dirección de casa (Número, calle, N.º de depto.):			Ciudad:	Estado:	C.P.:	
	Dirección de correo electrónico:			Teléfono de casa:	Teléfono móvil:		
	Idioma preferido del cuidador						
	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Inglés		
	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Ruso		
	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> No enumerado: _____		
	Relación con el/la participante:		Fecha de cumpleaños:		Método preferido de comunicación:		
				Correo electrónico <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>	Correo <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí, proporcione información importante por mensaje de texto. Se enviará un máximo de 2-3 textos por mes.							

Términos y condiciones

Yo y/o mi representante autorizado acepto los siguientes términos y condiciones:

Reconozco que el representante autorizado, el custodio, el cuidador o la persona designada han sido capacitados sobre cómo usar el dispositivo de seguimiento de Project Lifesaver. Acepto realizar pruebas diarias del dispositivo (especialmente la batería) y registrar esta información en el registro proporcionado. Entiendo que la batería del dispositivo debe cambiarse cada 60 días. Solo usaré las baterías provistas con el dispositivo.

Acepto los siguientes términos y condiciones:

- Reconozco que recibí capacitación sobre cómo usar el dispositivo de rastreo de Project Lifesaver.
- Acepto realizar pruebas diarias del dispositivo (especialmente la batería) y registrar esta información en el registro proporcionado. Comprendo que la batería del dispositivo debe cambiarse cada 60 días. Solo usaré las baterías provistas con el dispositivo.
 - No probar el dispositivo diariamente, reemplazar la batería cada 60 días o usar baterías de terceros resultará en el mal funcionamiento del dispositivo, la garantía y la descalificación del estudio piloto.
 - El dispositivo no es transferible y debe utilizarse ÚNICAMENTE por la persona para quien está registrado. Si el dispositivo se usa para fines fuera de este estudio o si se pierde, es posible que se me cobre una tarifa de reemplazo de \$325.
 - El dispositivo de rastreo es propiedad del Condado de Los Ángeles. Debe notificar a la Unidad BOLOH al número de teléfono o la dirección de correo electrónico que se indica arriba si el participante cambia de residencia dentro del condado de Los Ángeles. El dispositivo debe devolverse a WDACS en caso de fallecimiento del participante, el participante se muda fuera del condado de Los Ángeles o ya no desea participar en el programa piloto.
 - Yo, el Representante Autorizado acepto cumplir con las pautas de información y reporte del Estudio Piloto de Project Lifesaver.
 - Entiendo que el Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, Envejecimiento y Servicios Comunitarios (WDACS) y el Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles (LASD) se comunicarán conmigo por teléfono y/o correo electrónico. WDACS y LASD pueden comunicarse conmigo para realizar encuestas y entrevistas periódicas para recopilar información que se utilizará únicamente para el estudio piloto y se mantendrá confidencial.

Acepto llamar inmediatamente al 911 si mi ser querido desaparece. Informaré al operador del 911 que mi ser querido participa en Project

Firma del representante:

Fecha:

Reconocimiento y certificación

He revisado esta solicitud y certifico que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que proporcione será confidencial y solo se utilizará para determinar la eficacia del dispositivo de Project Lifesaver y para mejorar el programa. Reconozco que mi participación en el Programa es voluntaria y no involucra intereses públicos.

Entiendo que el uso de este dispositivo no garantiza la seguridad del participante.

Esta es una herramienta de rastreo para asistir en la localización de un participante. Además, no hay garantía de que se localizará a un participante a través de este dispositivo de seguimiento. También libero toda responsabilidad del condado de Los Ángeles, sus distritos, departamentos, funcionarios electos y designados, empleados y representantes, y al proveedor de Project Lifesaver.

Firma del representante:

Fecha:

Iniciativa LA Found

PROGRAMA PILOTO PROJECT LIFESAVER

Contrato de programa y exención de responsabilidad

En consideración de ser aceptado en el Programa Piloto de Project Lifesaver, por la presente entiendo y acepto los términos y condiciones que se establecen en este documento:

1. YO, _____ (“Representante”) reconozco que la información que proporcioné en la Solicitud del Dispositivo de Rastreo de Project Lifesaver, adjunta al presente, es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Toda la información proporcionada se ha proporcionado voluntariamente, y doy mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de dicha información para los fines de la Iniciativa LA Found, de la cual forma parte el Programa piloto Project Lifesaver. Además, **por la presente declaro que tengo pleno poder y autoridad, como se indica a continuación, para registrar al Participante en este programa y actuar como Representante debidamente autorizado para actuar en su nombre.**
2. Para poder participar en el Programa Piloto de Project Lifesaver, entiendo que el/la Participante debe ser residente del Condado de Los Ángeles ("Condado"). Si el/la Participante alguna vez se muda del Condado, se dará por terminada su inscripción en Project Lifesaver y todos los bienes deberán devolverse al condado.
3. Entiendo que el dispositivo de Project Lifesaver funciona con radiofrecuencia y no se controla constantemente. Entiendo que cuando la persona desaparezca, debo comunicarme de inmediato al 9-1-1 para reportar a la persona como desaparecida y notificar al operador que el/la Participante está usando un dispositivo de Project Lifesaver.
4. Entiendo que cuando inscribo al Participante en Project Lifesaver, no reemplaza la necesidad de darle atención supervisada constante. Soy, y sigo siendo, el principal responsable de la atención supervisada del/de la Participante y asumo toda la responsabilidad de proteger a esta persona para que no deambule. También entiendo que yo, o un miembro de la familia u otro adulto responsable, debemos estar presentes con el Participante en todo momento.
5. Entiendo que el equipo de Project Lifesaver está diseñado para ser una ayuda adicional para ayudar a localizar a una persona desaparecida y que no hay garantía, declaración ni garantía de que se encontrará a una persona por el hecho de que esté usando un dispositivo de Project Lifesaver. El equipo de Project Lifesaver está diseñado para proporcionar al personal encargado de hacer cumplir la ley tecnología adicional para intentar localizar al Participante. También reconozco que este es un programa piloto para ayudar en la búsqueda y rescate de personas que sufren de capacidades mentales disminuidas y estoy dispuesto a participar en este programa piloto.
6. Para que Project Lifesaver funcione, entiendo que tengo la responsabilidad de obedecer las instrucciones del Programa Piloto, seguir toda la capacitación, asegurarme de que el/la Participante use el dispositivo Project Lifesaver en todo momento y notificar a LA Found si llega a faltar el dispositivo. Entiendo que tengo la responsabilidad de asegurarme de que el dispositivo no sea removido ni esté defectuoso, y llamaré a la Unidad LA Found inmediatamente si descubro que el transmisor fue removido o está defectuoso.

7. Cuando me dé cuenta de que el/la Participante se ha alejado, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 y reportarle como persona desaparecida. El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles responderá para ayudar en la búsqueda al municipio encargado del cumplimiento de la ley a cargo del caso de la persona desaparecida. Entiendo y reconozco que el dispositivo de Project Lifesaver no puede predecir ni informar que el/la Participante se ha alejado. Se utiliza únicamente como ayuda para el personal de emergencia cuando se le notifica que el/la Participante se ha extraviado.
8. Entiendo que si bien el Project Lifesaver es un dispositivo de seguimiento electrónico que ayuda a localizar a las personas que lo usan, puede haber momentos o circunstancias imprevistos en los que no se pueda ubicar a la personas incluso mientras usa el dispositivo. El/la Participante y yo acordamos que no responsabilizaremos a Project Lifesaver ni al Condado, los Distritos, los Departamentos, los funcionarios, empleados y representantes elegidos y designados (en conjunto, las “Partes Exoneradas”) por no localizar al Participante que lleva el dispositivo, y por la presente liberamos a todas las Partes exoneradas de toda responsabilidad, incluidas, entre otras, demandas, reclamos, acciones, honorarios, costos, daños y gastos (incluidos los honorarios de abogados y peritos), que surjan de cualquier incapacidad o demora en localizar al/a la Participante. Además, acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a las Partes exoneradas de cualquier reclamo asociado con este acuerdo y la inscripción del/de la Participante en el programa.
9. Entiendo que toda la información que proporcioné en esta solicitud puede compartirse entre las fuerzas del orden público locales, bomberos y rescate, y otros órganos necesarios/participantes en el Condado, donde el/la Participante reside o deambula. Por lo tanto, entiendo que ninguna de la información que he proporcionado o proporcionaré en el futuro puede considerarse confidencial, protegida o privada cuando se utilice para los propósitos del programa piloto Project Lifesaver y la Iniciativa LA Found.
10. Entiendo que el programa piloto Project Lifesaver es administrado por el condado de Los Ángeles. Acepto liberar y eximir de responsabilidad a las Partes exoneradas de cualquier reclamo de responsabilidad y/o daño y renuncio a todos y cada uno de los derechos de buscar un recurso por cualquier pérdida o lesión que pueda ocurrir como resultado de la participación en el Programa piloto Project Lifesaver.
11. Entiendo que el transmisor y el probador siguen siendo propiedad del Condado de Los Ángeles y cuando el/la Participante al que se le asignó ya no los use, se devolverán sin daños al Condado para que se asignen a otro participante del Programa. Seguiré siendo responsable de cualquier pérdida o daño de todo el equipo y del costo de reemplazo de todo el equipo, incluido el reemplazo de la batería, hasta que se devuelva al Condado. Además, acepto eximir de responsabilidad a las Partes exoneradas de y contra fallas causadas a los transmisores.
12. Entiendo que el Participante puede ser eliminado del estudio piloto del Project Lifesaver por cualquiera de las siguientes razones:
 - a. No utilizo el dispositivo probador al menos una vez al día y registro los resultados en la hoja de inspección mensual de resultados de prueba suministrada; o
 - b. No notifico a LA Found, si pruebo el dispositivo transmisor y no encuentro ninguna indicación de señal; o
 - c. El/la Participante se niega a usar el dispositivo transmisor o se quita el dispositivo tres veces.
13. Si el/la Participante es cancelado/a del programa piloto, deberá regresarse toda la propiedad al Condado y deberá regresarse a las medidas de seguridad originales que estaban establecidas antes de la inscripción en el estudio piloto de Project Lifesaver, y sin recurso a las Partes exoneradas.

14. Acepto proporcionar los datos solicitados por el Condado para evaluar el programa piloto. Las solicitudes de información pueden incluir encuestas, datos sobre la cantidad de veces que la persona ha deambulado o si la persona deambula, o una evaluación después del episodio de deambulación, para evaluar el dispositivo de rastreo.
15. Entiendo que al Condado le gustaría fotografiar a los Participantes y/o Representantes que participan en este proyecto. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar una entrevista ni a divulgar información a los medios de comunicación para este uso. Entiendo que al firmar este acuerdo, el condado puede fotografiar, grabar en video y divulgar la identidad del/de la participante para su uso en la intranet del condado, el sitio web público del condado, el sitio web de LA Found, las cuentas de redes sociales del condado de Los Ángeles, el boletín del condado u otra publicación que promueva los servicios y programas del condado.
16. Entiendo que tengo el derecho de dar o negar mi permiso para permitir que el Condado me fotografíe o grabe en video y que la decisión de permitir que el Condado me fotografíe o grabe en video no afectará mi capacidad de recibir beneficios bajo este proyecto.

Doy permiso para que el Condado me fotografíe o grabe en video a mí y/o al/a la Participante para los fines de la Iniciativa LA Found:

Sí No

Al firmar a continuación, afirmo que leí y comprendí el contrato, incluidas todas las renunciaciones, exenciones y limitaciones de responsabilidad. Es mi deseo e intención celebrar este acuerdo y al firmar a continuación, acepto los términos y disposiciones de este contrato.

Nombre del participante en letra de molde _____

Nombre del representante en letra de molde _____

Confirmando que la casilla marcada a continuación proporciona la base de mi autoridad como Representante. Entiendo que si el Condado lo solicita, se me puede pedir que proporcione una prueba válida de esta relación en cualquier momento y si se determina que no soy un Representante autorizado, es posible que el/la Participante deba retirarse de este programa:

Tutela Poder legal Representante con instrucciones anticipadas de atención médica

O un tomador de decisiones sustituto en el siguiente orden de prioridad:

- Esposa
- Pareja doméstica
- Hijo o hija mayor de edad del/de la participante
- Padre con custodia del/de la participante
- Hermano o hermana mayor de edad del/de la participante
- Nieto adulto del/de la participante

Adulto familiar disponible con el grado más cercano de parentesco con el/la participante

Firma del representante _____

Fecha:

Nombre del personal de LA Found en letra de molde _____

Firma del personal de LA Found _____

Fecha _____