



Programa de exceder para Jubilados / Mayores de edad (SCOP)



Este programa es un esfuerzo de exceder diseñado por el departamento del Sheriff del Condado de para los ciudadanos que viven solos, que por cualquier razón es minusválido establecidos a domicilio. Los miembros de "Voluntarios con en el programa de Protección" (VIP) comprobarán en el bienestar de los participantes (SCOP) por medio de llamadas personales y/o visitas a sus hogares sobre una base regular. Este servicio se proporciona gratuitamente.

Los Miembros de "Voluntarios de Protección" están compuestos de ciudadanos que ofrecen voluntariamente su tiempo para ayudar a mejorar la calidad de vida en sus comunidades. Ellos son reconocibles por los uniformes y por sus vehículos marcados por el Sheriff.

Se lleva solamente un momento para inscribirse en este programa de SCOP. Usted y su familia puede estar seguros al conocer a hombres/mujeres entrenados de los Voluntarios en Protección mirarán por su bienestar.

COMPLETE POR FAVOR LA APLICACION Y LO VUELVE A SU OFICINA LOCAL del ALGUACIL del CONDADO, O A SU OFICINA LOCAL de ELDERBUILDERS.

El PROGRAMA de ALCANCE de PERSONA DE LA TERCERA EDAD (SCOP) FORMA de PEDIDO de SERVICIO

Nombre de Participante: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____ Telefono: _____

Solicitado Por: _____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ Telefono: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO

Por Telefono: _____ Dia: _____ La Hora: _____ Con que frecuencia: _____
Personal Visit: _____ Dia: _____ La Hora: _____ Con que frecuencia: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Familia / Vecino / Amistad)

Nombre: _____ Telefono: _____
Domicilio: _____
Nombre de vecino mas cercano: _____ Telefono: _____
Domicilio: _____

MEDICO (Familia / General)

Nombre de su Medico: _____ Telefono: _____
Domicilio _____

Cuál es su situación actual de salud?: _____

Requiere usted una continua supervisión médica o una medicación especial?: _____

Es alérgico(a) a alguna clase de medicación?: _____

Formulario del Programa Exede para los Jubilados (SCOP)

SCOP Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Telefono: _____
Solicitado por: _____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ Telefono: _____

COMENTARIOS

Toda información en esta forma se mantiene estrictamente confidencial, y hace sólo sea pasado en a los que necesitan saber esta información.





SENIOR CITIZEN OUTREACH PROGRAM



This program is an outreach effort designed for your County Sheriffs Department for citizens living alone whom, for whatever reason are housebound. Members of the Volunteer In Protection Program (VIP) will check on the welfare of (SCOP) participants with personal calls and/or visits at their homes on a regular basis. This service is provided free of charge.

The Volunteers In Protection members are made up of concerned citizens who volunteer their time to help improve the quality of life in their communities. They are recognizable by the uniforms and marked Sheriffs vehicles.

It only takes a moment to sign up for the SCOP program. You and your loved one can be secure knowing trained men and women of the Volunteers In Protection Organization will be looking out for you.

PLEASE COMPLETE THE APPLICATION AND RETURN IT TO YOUR LOCAL COUNTY SHERIFF'S OFFICE, OR YOUR LOCAL ELDERBUILDERS OFFICE.

SENIOR CITIZEN OUTREACH PROGRAM (SCOP) SERVICE REQUEST FORM

SCOP Participant: _____ Date: _____
 Address: _____ Telephone: _____

Requested By: _____ Relationship: _____
 Address: _____ Telephone: _____

PREFERED METHOD OF CONTACT

Telephone Call: _____ Day: _____ Time: _____ How Often: _____
 Personal Visit: _____ Day: _____ Time: _____ How Often: _____

EMERGENCY CONTACT (Family / Neighbor / Friend)

Name: _____ Telephone: _____
 Address: _____
 Name of closest neighbor: _____ Telephone: _____
 Address: _____

PHYSICIAN (Family / General)

Physician: _____ Telephone: _____
 Address: _____

What is your current health situation?: _____

Do you require continual medical supervision or special medication?: _____

Are you allergic to any medications?: _____

Senior Citizen Outreach Program Service Request Form

SCOP participant: _____ Birth Date: _____
 Address: _____ Telephone: _____
 Request by: _____ Relationship: _____
 Address: _____ Telephone: _____

COMMENTS: _____

All information on this form is kept strictly confidential, and will only be passed on to those who need to know this information.

