

Apreciado Habitante del Condado de Franklin:

El Departamento de Servicios de Emergencias del Condado de Franklin ha creado un Registro a nivel del Condado para Personas Necesitadas, para habitantes del Condado de Franklin. El programa está diseñado para ayudar a las personas de la comunidad que tienen necesidades especiales, físicamente discapacitadas o requieren ayuda para evacuar sus hogares durante una situación de emergencia. Estas emergencias pueden ser actos de la naturaleza así como un huracán, tornado, incendio, inundación o emergencias provocadas así como un ataque terrorista, derrame de sustancias químicas, etc., cualquier situación de emergencia en el Condado de Franklin que requiera evacuación.

Además de evacuación durante una situación de emergencia, la información del proceso de aplicación será registrada en el sistema de E-911 del Condado, a ser utilizada en caso de una llamada de socorro rutinaria, permitiendo al grupo de rescate identificar instantáneamente las necesidades especiales de la personas llamando desde sus residencias. En situaciones como estas, el conocimiento previo de las necesidades de la persona que llama para pedir ayuda y el tiempo en responder podrían hacer una diferencia crucial en el conocimiento de la situación para el grupo de rescate.

El Registro es voluntario y toda la información obtenida será utilizada solamente para fines de emergencias y será estrictamente confidencial. Las aplicaciones deben ser completadas y devueltas al Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin al: "**Franklin County Department of Emergency Services at 390 New York Avenue, Chambersburg PA 17201**".

Los formularios también están disponibles en la Página de Web del Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin (o Franklin County Department of Emergency Services), www.franklindes.us

Puede ponerse en contacto con Joanne Sheets al (717) 264-2813 o por correo electrónico al: jksheets@franklincountypa.gov

Sinceramente,
Dave Donohue
Director

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin

Formulario de Solicitud de Evacuación para el Programa de Registro por Necesidades Especiales

Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

de Tlf. en el Hogar /Para personas con impedimento de habla y auditivo/TTY # de Tlf. Celular Correo Electrónico

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

MM DD AAAA

¿Cuántos familiares viven con usted, que lo acompañarían a un refugio/guarida de ser necesario?: _____

Tipo de vivienda: Hogar Privado Apartamento/Condominio Casa Rodante High-rise

Vivienda de Grupo Vivienda para Personas de Tercera Edad Vivienda Doble Dormitorio

Nombre del Complejo/Subdivisión: _____

¿Vive allí todo el año? Sí No De no ser así, desde _____ hasta _____

¿Usted tiene mascotas? Sí No

¿Usted ha hecho preparativos para su mascota en caso de emergencia? Sí No

Por favor tenga en cuenta que las mascotas NO pueden acompañarle a un refugio a menos que sean animales de servicio.

Información de Evacuación

¿Usted necesitaría ayuda para evacuar su hogar? Sí No

Usted: Cuida de sí mismo o ¿Regularmente tiene ayuda de servicios de cuidados?

Nombre de la persona que proporciona los servicios de cuidado: _____

Teléfono #: _____ Celular # _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Transportación (marque todos los que apliquen)

Yo proporcionaré mi propio transporte Yo puedo llegar a una parada de autobús

Yo soy ambulatorio, con asistencia Yo necesito un vehículo con capacidad para silla de ruedas

Yo puedo transferirme de la silla de ruedas a una silla Estoy postrado en una cama y necesito transporte en camilla

Su discapacidad es: Temporal o Permanente

De ser temporal, por favor provea la fecha en que le daran de alta: _____

Nota: a menos que usted le notifique al personal de registro del programa, su registro será borrado del programa a partir de la fecha que indicó que le dieron de alta.

Tipo de Discapacidad (marque todas las que apliquen)

Ninguna Impedimento Auditivo Necesita interprete translator, de ser así especifique: _____

Impedimento Visual Yo tengo un animal de servicio auditivo/visual que me acompañará

Discapacidad Mental Postrado en una cama Otro: _____

Equipo Especial (marque todos los que apliquen)

Comment [IS1]: I added the American format for the date

Comment [IS2]: Couldn't find information regarding this term.

Comment [IS3]: Interpreter (verbal) or translator (written)?

- Depende de una Silla de Ruedas plegable no plegable Andador/Bastón
 Dependiente de Electricidad Oxígeno portátil – Horas al día: _____ Flujo de Litros: _____
 Otro (por favor describa): _____

La información contenida en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que se prestará asistencia solamente durante el tiempo que dure la emergencia y que deben tomarse medidas alternativas por anticipado en caso de que yo no pueda regresar a mi hogar. Yo entiendo, basado en la información que he proporcionado, que yo podría ser o no ser asignado a una unidad de necesidades especiales basado en el criterio de dicha información proporcionada. Yo entiendo que tengo la responsabilidad de asistir con el suministro de cualquier medicamento recetado, suministro de oxígeno, equipo médico y artículos de alimento que yo necesite durante la emergencia.

Medicamentos:

- Auto administrado, mantenidos en el estante/despensa Intravenoso, auto administrado, mantenidos en el estante/despensa
 Intravenoso, auto administrado, requiere refrigeración, por favor indique: _____
 No requiere medicamento auto administrado Ninguna medicina
 Alergia a Medicamentos, de ser así, ¿a qué medicamento(s) es alérgico? _____

¿Para qué enfermedades toma medicamentos? (marque todas las que apliquen):

- Problemas del Corazón Presión Arterial Infarto Diabetes Dificultad para respirar
 Problemas de la espalda Espasmos/convulsiones enfermedades contagiosas Diálisis, ¿cuántos tratamientos a la semana? _____ otro
 (describa): _____

¿Usted requiere de una dieta especial? Sí No De ser así, ¿qué tipo de dieta?

Tipo de refugio/guardia requerido: Estándar Para Necesidades Especiales

Nombre de su Médico: _____ Teléfono: _____

¿Usted tiene algún otro comentario o sugerencia que nos pueda ayudar para proporcionarle cuidados durante la evacuación?

Firma del Registrante: _____ Fecha: _____
 Proveedor de Cuidados: _____ Fecha: _____ (si el registrante no puede
 firmar) Parentesco con Registrante (de haber
 alguno): _____

Por favor envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

Franklin County Department of Emergency Services
 390 New York Avenue
 Chambersburg PA 17201
 Joanne Sheets (717) 264-2813

En cualquier momento que la información cambie, tal como su dirección, cambio en los medicamentos, etc., por favor notifique a Joanne Sheets al (717) 264-2813. En caso de que tengamos alguna pregunta con su aplicación, nuestra oficina se contactará con usted y periódicamente para actualizar nuestro records.

Comment [IS4]: Would you have a different contact for Spanish speaking participants?

Yo concedo permiso a los proveedores médicos y agencias de transporte y otros, de ser necesario, para proporcionar cuidados y compartir cualquier información necesaria para responder a mis necesidades. Por medio de la presente concedo permiso para compartir esta información a las agencias de rescate y doy previa autorización a estas agencias a entrar en mi residencia con el propósito de búsqueda de emergencia y rescate. Yo entiendo que mi participación en este programa de registro es voluntaria y toda la información que éste programa mantenga es estrictamente confidencial, utilizada solamente para propósitos de emergencia y por este medio solicito mi registro en el Programa de Registro de Necesidades Especiales del Condado de Franklin. También entiendo que seré responsable por cualquier cargo y costo asociado con hospital u otro centro médico o transporte médico.

Sólo para Uso de la Agencia:

Date Registered/Fecha de Registro: _____

Updated/Actualizado: _____

Comment [IS5]: I kept this sentence and below in English since it pertains to the Agency internal records