

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 evacuar 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](http://www.franklindes.us)

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