

Estimado residente del condado de Franklin:

El Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin ha creado un Registro del Condado para Personas Necesitadas para residentes del Condado de Franklin. El programa esta diseñado para ayudar los de la comunidad que físicamente no pueden o requieren asistencia en evacuar su hogar durante una emergencia. Estas emergencias pueden ser actos de la naturaleza como un huracán, tornado, incendio, inundación o emergencias causadas por el hombre, como un ataque terrorista, derrame químico, etc., cualquier situación de emergencia que requiera evacuación que pueda ocurrir en el condado de Franklin. Además de la evacuación durante una situación de emergencia, la información del proceso de solicitud será ingresada en el sistema E-911 del Condado para ser utilizada para una llamada de socorro de rutina que permita a los respondedores de emergencia identificar instantáneamente las necesidades funcionales de las personas que llaman desde sus residencias. En situaciones como esta, el conocimiento previo de las necesidades del autor de la llamada y el tiempo de respuesta podrían marcar la diferencia para la conciencia de los respondedores durante este momento crucial.

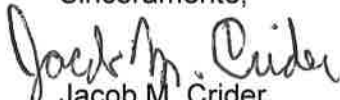
El Registro es voluntario y toda la información obtenida se utilizará únicamente con fines de emergencia y será estrictamente confidencial. Las solicitudes deben ser completadas y devueltas al Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin en 390 New York Avenue, Chambersburg PA 17201.

Los formularios también están disponibles en el sitio web del Condado de Franklin www.franklincountypa.gov.

Haga clic en la pestaña Gobierno general y luego en la sección Servicios de emergencia, haga clic en la pestaña de formularios, desplácese hasta la parte inferior de la página y encontrará el formulario de información sobre las necesidades funcionales.

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

Sinceramente,


Jacob M. Crider
Director

Esta página intencionalmente en blanco

Formulario de Solicitud de Registro de Evacuación de Servicios de Emergencia del Departamento de Emergencia del Condado de Franklin para Programa de Registro de Necesidades

La última primera inicial media _____

Dirección Apt. - Código Postal del Estado de la Ciudad _____

Teléfono de casa /TTY Teléfono celular Correo electrónico _____

Sexo: Masculino Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

Número de parientes que viven con usted que lo acompañarán a un refugio si es necesario: _____

Tipo de Residencia: Casa Privada Apartamento/Condominio Casa Móvil de rascacielos
 Casa de grupo Casa de Jubilación Dúplex Dormitorio

Nombre del Complejo/Subdivisión: _____

¿Residente anual? Sí No Si no, de _____ to _____

¿Tienes mascotas? Sí No

¿Tiene arreglos para ellos en una emergencia? Sí No

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

Información de evacuación

¿Necesitará asistencia de evacuación? Sí No

¿Tiene usted: Cuidar de sí mismo Regularmente tener asistencia de un cuidador

Nombre del cuidador: _____ Teléfono: _____

teléfono celular# _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ código postal: _____

Transporte (marque todos los que correspondan)

Voy a proporcionar mi propio transporte Puedo llegar a un punto de recogida de autobús

Soy ambulatorio, con ayuda Necesito un vehículo equipado con ascensor para sillas de ruedas

Puedo transferir de una silla de ruedas a un asiento Estoy postrado en la cama y necesito transporte de camilla

Es su discapacidad: Temporal Permanente

Si es temporal, por favor dé una fecha de liberación médica: _____

Nota: a menos que notifique al personal del registro, se le eliminará del registro a partir de la fecha anterior.

Tipo de discapacidad (marque todas las que apliquen)

Ninguno Discapacitados auditivos requieren un traductor, si es así, especifique: _____

Ciego Tengo un animal de servicio de audición / visión que me acompañará

Discapacidad mental Bedridden Otros: _____

Equipo especial (marque todos los que correspondan)

Dependiente de silla de ruedas plegable no plegable andador ortopédico/ caña

Dependiente eléctrico Oxígeno portátil Horas por día: _____ Flujo de litro: _____

Otros (describa): _____

La información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la asistencia se proporcionará sólo durante la duración de la emergencia, y que se deben hacer arreglos alternativos por adelantado en caso de que no pueda regresar a mi casa. Entiendo, sobre la base de la información que he proporcionado que puedo o no ser asignado a una unidad de necesidades funcionales basado en los criterios programados en la información que proporcioné. Entiendo que soy responsable de ayudar en el suministro de cualquier medicamento recetado, suministros de oxígeno, equipo médico y artículos dietéticos que pueda requerir durante la emergencia.

Medicamentos:

Autoadministrado, estante guardado Intravenoso, autoadministrado, estante mantenido
 Intravenosa, autoadministrada, refrigeración requerida, por favor enumere: _____
 Medicamentos no autoadministrados requeridos Sin medicamentos
 Alergia a la medicina, si es así
qué medicamento(s): _____

¿Para qué enfermedad tomas medicamentos (consulta todo lo que se aplica):

Problemas cardíacos Presión arterial Accidente cerebrovascular Diabetes Problemas respiratorios
 Problemas de espalda Convulsiones/convulsiones Enfermedades contagiosas Diálisis, weekly _____ otro (describir): _____
¿Necesitas una dieta especial? Sí No Encaso afirmativo, ¿de qué tipo? _____
Tipo de refugio solicitado: Estándar Necesidad Especial
Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
¿Tiene algún otro comentario o sugerencia que pueda ayudarnos en su cuidado durante la evacuación? _____

Firma del registrador: _____ Date: _____
Cuidador: _____ Date: _____ (si el solicitante de registro no puede firmar)
Relación con el Registrador (si existe): _____

Por favor, envíe un formulario de vuelta a:

Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Franklin
390 New York Avenue
Chambersburg PA 17201
Joanne Sheets (717) 264-2813

Póngase en contacto con Joanne Sheets al (717) 264-2813 en caso de que cualquiera de los cambios de información anteriores en cualquier momento, como un cambio de dirección, cambio médico, etc. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted si tenemos alguna pregunta con respecto a su solicitud, y se pondrá en contacto periódicamente para actualizar nuestros registros.

Concedo permiso a proveedores médicos y agencias de transporte y otros según sea necesario para proporcionar atención y divulgar cualquier información necesaria para responder a mis necesidades. Yo le concedo permiso para la divulgación de esta información a las agencias de respuesta de emergencia y pre-autorice a estas agencias a entrar en mi residencia con el propósito de búsqueda y rescate de emergencia. Entiendo que mi participación en este registro es voluntaria y toda la información mantenida será estrictamente confidencial, utilizada solo para fines de emergencia y por la presente solicite el registro en el Programa de Registro de Necesidades Funcionales del Condado de Franklin. También entiendo que seré responsable de cualquier cargo y costo asociado con el hospital u otra atención médica o transporte médico.

Uso de la agencia solamente:

Fecha de registro:

Actualizado: _____