



TOWN OF EAST HAMPTON

Department of Human Services
128 Springs Fireplace Road
East Hampton, NY 11937

Diane Patrizio, Director

Telephone: (631) 329-6939
Fax: (631) 329-6693

ASISTENCIA DE EMERGENCIA PARA LOS RESIDENTES DE EAST HAMPTON CON **NECESIDADES ESPECIALES**

El Pueblo de East Hampton Departamento de Servicios Humanos ha desarrollado un registro computarizado de los residentes del pueblo con NECESIDADES ESPECIALES, los cuales necesitan asistencia con evacuación y refugio durante un desastre natural como huracanes e inundaciones.

El registro es voluntario y gratuito. La información que usted provea será confidencial, esto de acuerdo con las leyes del Estado. La información sólo será utilizada por el personal de emergencia para asegurar su evacuación segura y oportuna. Por favor llene el cuestionario y devuélvalo a:

Diane Patrizio
Department of Human Services
128 Springs Fireplace Road
East Hampton, N.Y. 11937

Por favor tenga en cuenta: Para las personas de la Tercera Edad **que no tienen** necesidades especiales, pero les gustaría estar en la “Lista de Llamadas”, por favor llene el formulario adjunto solo hasta la sección de “Sólo llamadas telefónicas” y retórnela a la dirección que arriba se menciona.

Para mayor información y preguntas adicionales llame al 631-329-6939.

(Nótese esta información para las Agencias: Por favor añada la persona de contacto en su agencia y el número de fax en la parte inferior del formulario de registro).

PUEBLO DE EAST HAMPTON

REGISTRO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

2020

Nombre _____

Discapacidad/Condición Médica:

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M ___ F ___

Legalmente ciego _____ Sordo _____

Dirección: _____

Problemas de Audición ___ Problemas del habla ___

Calle Transversal más cercana _____

Mobilidad Reducida _____ Diabético _____

Dirección de Correo _____

Hypertensión _____ Otros _____

Distrito de Bomberos _____

Está Confinado a: Cama? _____ Muletas _____

Número de Casa. _____ Número Apt _____

Silla de Ruedas _____ Caminador/Bastón _____

Número de Teléfono. _____

Otros _____

Idioma Primario _____

Si utiliza un Sistema de soporte vital, complete:

Vivienda unifamiliar _____ Casa Móvil _____

Instrucciones/ Portable? Horas/Día _____

Condominio/Apartamento ___ Piso _____

Oxígeno _____

Residente de Temporada? ___ Cuándo? _____

Respirador _____

Necesito sólo una llamada telefónica: Sí ___

Eléctrico _____

Va a ser acompañado al Refugio?

Diálisis _____

Si _____ De Quién _____ No _____

Otros _____

Vive solo? Si _____ No _____

Necesita Transporte?

En caso negativo "No"

Vehículo de Puerta con ascensor_Ambulancia _____

Familia? _____ Cuidador? _____ Otro _____

Barreras para entrar a la casa _____ Mascotas? _____

Número de personas _____

Tiene dieta especial? Si _____ No _____

Familiares ó el nombre y el teléfono del Tutor #:

En caso afirmativo "Si", Que tipo? _____

¿Está recibiendo atención médica a domicilio? (S/N)

Nombre _____
Esta tomando medicinas? _____

Nombre y Número de teléfono de la Agencia: _____

Sus medicamentos necesitan refrigeración? S/N
(En caso afirmativo, por favor indique
en el reverso del formulario.

Firma _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO OFICIAL:

Presentado por: Nombre de la Agencia: _____ Contacto: _____

Teléfono# _____ Fax# _____