



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 DEL PUEBLO 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 Mayores Adultas **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

2022/23

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 _____

Hipertensión _____ 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 DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:

Presentado por: _____ Teléfono# _____

