



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, Director
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 329-6939 ó gratis al #1-800-662-1220.

(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).

Nombre _____

Discapacidad/Condición Médica:

Fecha de Nacimiento. ___/___/___ Sexo: M___ F___

Legalmente Ciego_____ Sordo _____

Dirección: _____

Problemas de Audición___Problemas de 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 _____

Otro_____

Vive solo? Si_____ No _____

Necesita transporte especial?

En caso negativo "No",
Familia?_____ Cuidador?_____ Otro_____

Vehículo de Puerta con ascensor___Ambulancia_____

Número de personas _____

Barreras para entrar a la casa___ Mascotas? _____

Familiares ó el nombre y el teléfono del Tutor #:

Tiene dieta especial? Si_____ No_____

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

En caso afirmativo "Si", Que tipo?_____

Está tomando medicinas?_____

(En caso afirmativo, por favor indique en el reverso del formulario.)

Nombre y Número de teléfono de la Agencia:

Sus medicamentos necesitan refrigeración? S/N

Firma _____

Fecha:_____

SÓLO PARA USO OFICIAL:

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

Teléfono# _____ Fax# _____