



Diane Patrizio, Director

## TOWN OF EAST HAMPTON

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

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**

**2021**

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)

Está 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# \_\_\_\_\_

