Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Transporte

___ No puedo conducer.

___ Necesitaría transporte en caso de una evacuación.

___ No tengo acceso a transporte privado en caso de emergencia.

Información adicional:

Necesidades de Independencia

___ Yo uso un (marque todo lo que corresponda):

___silla de ruedas ___scooter ___andador ___bastón

___ Estoy principalmente atado a la cama

___ Necesito una fuente de alimentación para cargar mis dispositivos de asistencia alimentados por batería

___ Necesito adaptaciones bariátricas

___ Necesito la ayuda de un cuidador para actividades no médicas.

Información adicional:

Servicios/Soporte/Autodeterminación

___ Tengo necesidades de salud mental.

___ Tengo necesidades de discapacidad del desarrollo.

___ Tengo un deterioro cognitivo.

Información adicional:

Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Animales

___ Tengo un animal de servicio certificado:

___ Perro

___ Mini Caballo

___ Tengo un animal de apoyo emocional.

Raza(s):

___ Tengo mascotas.

Raza(s):

___ Tengo animales de granja.

Raza(s):

Información adicional:

Reconocimiento

Entiendo que debo verificar mi información una vez al año, llamando o enviando un correo electrónico a LCDES, o de lo contrario mi información será eliminada del Registro de Acceso y Necesidades Funcionales.

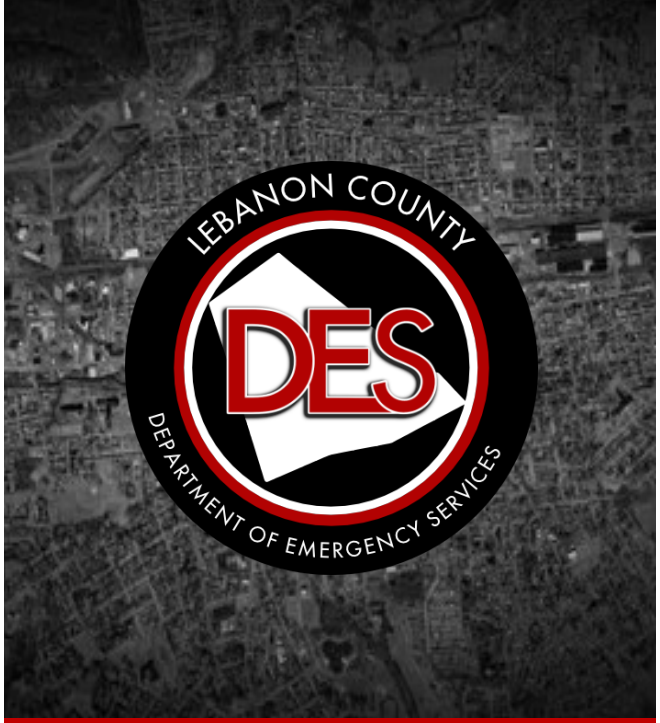
Nombre:

Firma:

Fecha:

Envíe este formulario por correo postal o electrónico a:

Lebanon County DES
1805 Cornwall Road
Lebanon, PA 17042
(717) 272-7621
EM @lcdes.org



Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Lebanon

Preparación para emergencias Registro de Acceso y Necesidades Vulnerables

1805 Cornwall Road
Lebanon, PA 17042
717-272-7621
EM@lcdes.org

¿Qué son las necesidades de acceso y funcionales?

Las necesidades de acceso y funcionales se refieren a personas con y sin discapacidades, que pueden necesitar asistencia adicional debido a cualquier condición (temporal o permanente) que pueda limitar su capacidad para actuar en una emergencia (CDC).

Estos pueden incluir:

- Personas con discapacidad
- Personas con dominio limitado del inglés
- Personas con acceso limitado al transporte
- Personas con acceso limitado a recursos financieros
- Adultos mayores

¿Cómo se utiliza esta información?

-La información sanitaria pertinente se ingresará en el sistema de despacho del 911 para que el personal de primera respuesta la tenga a su disposición.

-Esta información sanitaria se utilizará para planificar las necesidades sanitarias de la comunidad en las operaciones de los refugios de emergencia.

¿Qué más necesitas saber?

-Su información se mantendrá confidencial y solo se utilizará para la planificación y respuesta ante emergencias.

-Su participación es voluntaria, pero cuanto más conozcamos a los miembros de nuestra comunidad, mejor podremos atenderle en caso de desastre.

-Deberá volver a enviar o confirmar su información una vez al año para asegurarnos de que tengamos la información más actualizada por teléfono o correo electrónico.

¡Síguenos en las redes sociales!

@LebanonDES

Lebanon County Department of Emergency Services

Lebanon County Special Operations 50

Separe este extremo del papel y envíelo por correo a LCDES.

Nombre:

Dirreción:

Ciudad:

Código Postal:

Número Celular:

Número de teléfono de casa:

Correo electrónico:

Nombre del contacto de emergencia:

Número de teléfono de contacto de emergencia:

Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Necesidades de comunicación:

___ El inglés no es mi idioma principal.

Yo hablo:

___ Tengo una discapacidad auditive.

___ Tengo una discapacidad visual.

___ No hablo. ___ Tengo dificultad para hablar.

___ Necesito acceso a servicios o dispositivos de comunicación auxiliares.

Información adicional:

Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Mantenimiento de la salud o necesidades médicas:

Necesito Oxigeno:

___ A veces.

___ Todo el tiempo.

___ Tengo tanques/cilindros de oxígeno en mi casa.

___ Yo uso un concentrador de oxigeno.

___ Yo uso un ventilador.

Yo uso un CPAP o BiPAP:

___ A veces.

___ Todo el tiempo.

___ Necesito ayuda con tratamientos medicos.

___ Estoy en diálisis.

Tipo de tratamientos:

___ Estoy usando un dispositivo LVAD.

___ Tengo un chaleco salvavidas.

Información adicional: