

ESTA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIAL

Yo / Este individuo necesita asistencia en caso de una emergencia o evacuación: FAVOR DE USAR LETRAS DE MOLDE

apellido		fecha	
dirección			
ciudad		CT	zona postal
número de teléfono		celular ()	
casa ()		trabajo ()	
		*TDD/TTY ()	
Si Ud. es residente de tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), incluya los meses que vive en esta residencia			

*Maquina/aparato de Telecomunicación para los sordos / Teléfono de Texto

Favor de escribir una X en la casilla respectiva.

Ésta es una nueva encuesta, o una que no se ha puesto al día en años. ☐

Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:



☐ Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar.



☐ Utilizo silla de ruedas y necesito un vehículo con accesibilidad a
☐ Silla de ruedas plegable
☐ Silla de ruedas eléctrica

☐ Necesito equipo de soporte vital y asistencia especial para usarlo (Explicar) _____



☐ Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar



☐ Use *TDD/TTY

☐ Otras necesidades que impidan una evacuación rápida (Explicar) _____



☐ Persona confinada a la cama



☐ Necesito transporte para evacuar

Apellido del individuo que llena esta encuesta _____ teléfono () _____

Pariente u otra persona a quien podamos notificar para dar asistencia en caso de emergencia o evacuación:

apellido			
dirección			
ciudad		CT	zip code
número de teléfono		cell ()	
casa ()		trabajo ()	
		*TDD/TTY ()	