

## Реестр доступа и функциональных потребностей округа Юнион

Отделение управления чрезвычайными ситуациями округа Юнион и Отдел общественного здравоохранения округа Юнион отвечают за ведение реестра жителей округа Юнион, у которых есть доступ и функциональные потребности. Людей с инвалидностью, которая может помешать им искать безопасное место во время чрезвычайной ситуации, просят зарегистрироваться. Реестр служит базой данных для использования во время чрезвычайных ситуаций, и предоставленная информация будет использоваться только в целях реагирования на чрезвычайные ситуации. Регистрация в этом реестре не является гарантией обслуживания. Пожалуйста, позвоните для получения информации или заполните информацию и верните заполненную форму одному из следующих организаций:

- Управление по чрезвычайным ситуациям округа Юнион: 500 N. Main Street Suite 809, Monroe, NC 28112 - (704) 283-3575— Факс: 704-283-3716
- Отдел общественного здравоохранения округа Юнион: 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110 - (704) 296-4800— Факс: 704-296-4807

### Общая информация:

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Пол:  М  Ж

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Телефон 2: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Основной язык:  Русский  Английский  Другой: \_\_\_\_\_

У вас есть служебное животное?  Да  Нет Если Да, то какое? \_\_\_\_\_

У вас есть опекун на постоянной основе??  Да  Нет Если Да, то, будет ли Ваш опекун эвакуироваться или укрываться с вами?  
 Да  Нет

Вы живете одни?  Да  Нет Если Нет, то с кем вы живете:  Семья  Опекун  Групповой дом  Другое: \_\_\_\_\_

Вам требуется электричество для медицинского оборудования??  Да  Нет

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_ Alternate Phone: \_\_\_\_\_

### Подвижность (отметьте все подходящие варианты)

- Нет проблем с мобильностью
- Может ходить с посторонней помощью
- Прикован к постели
- Инвалидная коляска/мобильное транспортное средство
- Протез
- Другое: \_\_\_\_\_

### Помощь с: (отметьте все подходящие варианты)

- Купание
- Одевание
- Использование туалета
- Еда
- Медикаменты
- Другое: \_\_\_\_\_

### Транспорт для эвакуации или в убежище:

- Нет необходимости в транспорте
- Нужен транспорт — можно использовать стандартный автомобиль
- Нужен транспорт — требуется подъемник для инвалидных колясок
- Нужен транспорт — требуются носилки
- Другое: \_\_\_\_\_

### Сенсорное (отметьте все подходящие варианты)

Нет

- Официально слепой  Очки, контактные линзы  Потребность в шрифте Брайля  Нарушение речи  Невербальные
- Глухие  Слабослышащие  Слуховые аппараты/вспомогательные технологии  Язык жестов
- Трудно понимать словесные инструкции  Другое: \_\_\_\_\_

### Обучение, развитие и умственное развитие (отметьте все подходящие варианты) Нет

- Болезнь Альцгеймера  Деменция  Амнезия  СДВГ  Черепно-мозговая травма  Аутизм
- Неспособность к обучению  Генетическая инвалидность  Поведенческое  Психическое  Другое: \_\_\_\_\_

**Медицинское (отметьте все подходящие варианты)**

- Инсулин     Кислород     Диализ     Зонд для питания  
 Ожирение     Внутривенные лекарства     Артрит

 **Нет**

- Катетер     Обработка ран     Жизнеобеспечение  
 Стома     Другое: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация верна. Я понимаю, что несу ответственность за все расходы, связанные с медицинской эвакуацией и размещением в больнице. Настоящим я даю разрешение Управлению по чрезвычайным ситуациям округа Юнион и Отделу общественного здравоохранения округа Юнион предоставлять эту информацию другим службам реагирования на чрезвычайные ситуации по мере необходимости во время чрезвычайных ситуаций и в целях планирования.

Подписано: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Связь: \_\_\_\_\_