

Заявление о внесении в Регистр граждан с ограниченными возможностями округа Банкоум.

Регистр граждан с ограниченными возможностями является источником важнейшей информации для служб оказания помощи населению в чрезвычайных ситуациях в случаях поступления звонка на номер 911 и/или во время массовых бедствий (ураганов, наводнений, снежных бурь, аварий в системе электроснабжения, вспышек заболеваний). Участие в данной программе является добровольным, и лица, внесенные в регистр, имеют право отказаться от предоставляемой помощи. Заполнение данной формы не гарантирует предоставления зарегистрированному лицу немедленной помощи или приоритета при оказании помощи в случае массового бедствия. **Лица должны действовать в соответствии с личным планом действий в чрезвычайных ситуациях.**

Личные данные **ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

Дата подачи заявления: Новое заявление
 Обновление предшествующего заявления

Фамилия:	Имя:	Отчество:	Дата рождения:	Пол:
Адрес проживания:	Город:	Почтовый индекс:	Основной тел.:	
			Дополнительный тел.:	
Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания):	Город:	Почтовый индекс:	Адрес электронной почты (не обязательно):	

Для глухих и слабослышащих: Пользуетесь ли вы языком жестов? Да Нет — в этом случае укажите номер телефона с текстовым дисплеем/виртуального телефона/телетайпа #:

Название участка, стоянка передвижных домов, жилой дом и т.д. Основной язык:

С кем проживаете (отметьте один из пунктов): Один С супругом / партнером С детьми С родителями
 Другое (Поясните)

Медицинская информация (Отметьте пункты, соответствующие вашему состоянию.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Глухой / слабослышащий | <input type="checkbox"/> Питание через желудочный зонд |
| <input type="checkbox"/> Астма, эмфизема или хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) | <input type="checkbox"/> Диализ |
| <input type="checkbox"/> Слабовидящий/слепой | <input type="checkbox"/> Инсулиновая зависимость |
| <input type="checkbox"/> Эпилепсия | <input type="checkbox"/> Внутривенное. введение лекарственных средств |
| <input type="checkbox"/> Нарушения речи | <input type="checkbox"/> Требуется ходунок |
| <input type="checkbox"/> Нарушения памяти
(укажите заболевание): | <input type="checkbox"/> Недержание |
| <input type="checkbox"/> Нарушения развития | <input type="checkbox"/> Требуется хранить лекарственные средства в холодильнике |
| <input type="checkbox"/> Нарушения психики | <input type="checkbox"/> Требуется особая диета (поясните) |
| <input type="checkbox"/> Текущее инфекционное заболевание
(укажите заболевание): | <input type="checkbox"/> Требуется портативное устройство для подачи кислорода |
| <input type="checkbox"/> Прикован к постели | <input type="checkbox"/> Требуется концентратор кислорода или вентилятор |
| <input type="checkbox"/> Требуется инвалидная коляска | <input type="checkbox"/> Постоянно |
| <input type="checkbox"/> Требуется уход за стомой | <input type="checkbox"/> Время от времени |
| <input type="checkbox"/> Масса тела превышает 180 кг | <input type="checkbox"/> Другое (поясните) |
- Если Вам требуется особая диета, при необходимости перейти в укрытие будьте готовы взять с собой нужную Вам еду в упакованном виде.*

Другое необходимое или используемое для жизнеобеспечения оборудование/лекарственные средства:

Использование лекарственных средств: Настоятельно рекомендуется заполнить форму "Чаша жизни", перечислив все необходимые Вам лекарственные средства. Если данная форма отсутствует, обратитесь за дополнительной информацией в местное отделение Американского национального общества Красного Креста по телефону 258-3888.

Контактные данные лиц, к которым можно обратиться в чрезвычайных обстоятельствах			
Лицо, к которому можно обратиться на территории штата			
Фамилия	Имя	Родственная связь	Телефон
Лицо, к которому можно обратиться за пределами штата			
Фамилия	Имя	Родственная связь	Телефон
Информация о медицинском обслуживании (заполните нужные пункты)			
Фамилия врача:		Телефон:	
Название аптеки:		Телефон:	
Название агентства, предоставляющего медицинский уход на дому:		Телефон:	
Лицо, обеспечивающее уход на дому:		Телефон:	
Поставщик дыхательного оборудования (если применимо):		Телефон:	
Информация, касающаяся перехода в укрытие		Информация о домашних животных*	
Может ли транспортировка Вас в укрытие быть обеспечена лично Вами, членом Вашей семьи или кем-то из Ваших знакомых? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Имеются ли у Вас домашние животные, за которыми потребуются уход, если Вы будете эвакуированы? Если да, укажите количество ____ собак ____ животных-ассистентов ____ кошек ____ других животных (укажите других животных) _____	
Если Вам требуется помощь при транспортировке, отметьте нужный пункт: <input type="checkbox"/> Автомобиль <input type="checkbox"/> Фургон с подъемником для инвалидов колясок <input type="checkbox"/> Автобус <input type="checkbox"/> Медицинский транспорт			
* Лица отвечают за удовлетворение потребностей животных ассистентов, в том числе за обеспечение их питания и удовлетворение их прочих основных нужд во время нахождения в укрытии. Животным-ассистентам разрешается находиться в укрытиях при условии предъявления действующего свидетельства о вакцинации против бешенства. Возможно, Ваши домашние животные не будут допущены в укрытие вместе с Вами.			
План действий на случай чрезвычайных обстоятельств			
В случае возникновения чрезвычайной ситуации Вы планируете (Отметьте крестиком (x) нужный пункт)			
1. ____ находиться вместе с членами своей семьи или другими лицами			
2. ____ оставаться дома			
3. ____ эвакуироваться в надлежащее укрытие самостоятельно			
4. ____ эвакуироваться в надлежащее укрытие в сопровождении лица, осуществляющего уход за Вами			
Информация об уполномочивании			
Подписывая / подавая данное заявление я / официальный опекун даю согласие на то, чтобы мое имя было внесено в Регистр граждан с ограниченными возможностями округа Банкоум. В случае возникновения чрезвычайной ситуации я даю разрешение на обмен информацией между службами обеспечения безопасности в чрезвычайных обстоятельствах округа Банкоум и лицами и организациями, указанными в настоящем заявлении. Я даю разрешение представителям служб оказания помощи населению в чрезвычайных ситуациях войти в мой дом в случае возникновения чрезвычайной ситуации и при необходимости выполнить мероприятия по обеспечению моей безопасности и охране моего здоровья.			
Подпись заявителя Х		Дата	
Подпись уполномоченного опекуна Х		Дата	
Заполненные формы заявлений направляйте по адресу: Attn. Special Needs, Emergency Services of Buncombe County 164 Erwin Hills Road, Asheville, NC 28806			
Если у Вас возникли вопросы относительно данного заявления, обращайтесь в Отдел управления деятельностью по оказанию чрезвычайной помощи округа Банкоум по телефону 250-6620.			