



Округ Дейн

Программа добровольной регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях

Форма добровольной регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях

Личные данные				
Дата заявления:		<input type="checkbox"/> Новое заявление <input type="checkbox"/> Обновление ранее поданного заявления		
Фамилия	Имя	Второе имя (инициал)	Дата рождения:	Пол: <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.
Адрес: Номер квартиры:	Город:	Индекс:	Тел./Тел. ТТУ:	
Адрес для корреспонденции (если не совпадает с домашним адресом):	Город:	Индекс:	Альтернативный телефон:	
	Адрес электронной почты:			
Имя лица, заполнившего это заявление (если заполнял не заявитель):				
Кем приходится заявителю:		Контактный телефон:		
Вы проживаете с родственниками или близкими, которые могут оказать вам помощь в чрезвычайной ситуации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Проживают ли с вами иждивенцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если вы ответили «да», укажите число таких лиц и их возраст: Число _____ Возраст _____				
Вид жилья: (поставьте отметку в клетке, соответствующей наиболее подходящему описанию вашего жилища) <input type="checkbox"/> Дом на одну семью <input type="checkbox"/> Квартира/кондоминиум в жилом комплексе <input type="checkbox"/> Мобильный дом <input type="checkbox"/> Дуплекс <input type="checkbox"/> Квартира в высотном здании <input type="checkbox"/> Общежитие		Название комплекса/подразделения: _____ Вы проживаете по указанному адресу круглый год? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если вы ответили «нет», укажите период проживания: с _____ по _____		
Данные для эвакуации (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)				
<input type="checkbox"/> Я могу самостоятельно покинуть свое жилище, но нуждаюсь в доставке в убежище. <input type="checkbox"/> Я не могу покинуть свое жилище самостоятельно.		Мне необходима помощь в следующем: <input type="checkbox"/> Подъем с кровати <input type="checkbox"/> Передвижение в пределах жилища <input type="checkbox"/> Подъем и переноска оборудования жизнеобеспечения <input type="checkbox"/> Подготовка одежды, лекарств, удостоверяющих личность документов или других важных предметов в рамках эвакуации <input type="checkbox"/> Спуск по лестнице при нерабочем лифте		
Транспортировка (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)				
<input type="checkbox"/> Я могу передвигаться с помощью вспомогательных средств (ходунки/трость) <input type="checkbox"/> Для эвакуации мне необходимо кресло-коляска <input type="checkbox"/> Мне необходимо транспортное средство, оборудованное лифтом для кресел-колясок <input type="checkbox"/> Я нуждаюсь в транспортировке на носилках или каталке		<input type="checkbox"/> Я нуждаюсь в транспортировке на больничной кровати <input type="checkbox"/> Мне необходима помощь в переходе с кресла-коляски на кресло автобуса или фургона/автомобиля		
Транспортные возможности: (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)				
<input type="checkbox"/> Я могу предоставить свое собственное транспортное средство для экстренной транспортировки <input type="checkbox"/> У меня имеется кресло-коляска: <input type="checkbox"/> с мотором <input type="checkbox"/> без мотора		<input type="checkbox"/> Мое кресло-коляска имеет нестандартные габариты: ширина наиболее широкой части: _____ вес кресла-коляски: _____ <input type="checkbox"/> У меня имеется моторизованный скутер		

Обмен информацией: (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)

Предпочтительный для меня способ обмена информацией:

- Язык жестов (указать нужное): Американский язык жестов (ASL) Английский язык жестов (SE)
- Устный английский язык
- Устный иностранный язык (указать основной для вас язык: _____)
- Я немного понимаю разговорный английский язык
- Я не понимаю разговорный английский язык
- Письменный английский язык
- Письменный иностранный язык (указать основной для вас язык: _____)
- Я немного понимаю письменный английский язык
- Я не понимаю письменный английский язык
- Другое (указать) _____

Имеющиеся возможности для обмена информацией: (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)

- У меня есть компьютер, который можно использовать для обмена информацией
- У меня есть видеотелефон
- Я владею двумя языками (указать): _____

Другие ресурсы и возможности: (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)

- У меня есть обученное служебное животное, которое сможет сопровождать меня при эвакуации
- У меня есть кислородный аппарат
- Я регулярно получаю помощь от специалиста по гигиеническому обслуживанию
- Название учреждения, предоставляющего услуги по уходу: _____
- Часы работы _____ Тел. _____
- Адрес _____ Город _____ Индекс _____

- У меня есть другое необходимое оборудование жизнеобеспечения или жизненно важные материалы и препараты, которые мне следует иметь при себе в случае эвакуации из моего жилища (указать) _____

Общие сведения: (Отметьте все, что относится к вашей ситуации)

- Я нуждаюсь в следующем оборудовании жизнеобеспечения или жизненно важных материалах и препаратах
- Кислородное питание
- Кондиционирование воздуха
- Холодильник для лекарственных препаратов
- Лекарственные препараты
- Электрическое оборудование

- Моя зависимость от оборудования жизнеобеспечения требует эвакуации в больницу.
- Я не могу самостоятельно питаться, одеваться, принимать лекарства или ухаживать за собой
- Мне настолько трудно обучаться, запоминать или концентрироваться, что мне необходима помощь в деятельности, не относящейся к повседневным мероприятиям.

Комментарии и/или дополнительная информация:

Не забудьте приложить экземпляр прилагаемой формы «Условия и передача информации».

Просим вас отправить заполненные формы по адресу:

Dane County Emergency Management
Disaster Assistance Voluntary Registry
Public Safety Building, Room 2107
115 West Doty St
Madison, WI 53703-3202
Тел.: 266-4330 Факс: 266-4500 Телефон ТГУ для лиц с нарушениями слуха: 277-1597



Округ Дейн
Программа добровольной регистрации для получения помощи
при стихийных бедствиях

Условия и передача информации

Просим вас прочесть каждое из заявлений и поставить рядом свои инициалы:

_____ (инициалы) Прошу внести предоставленные мною сведения в реестр Программы добровольной регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях округа Дейн.

_____ (инициалы) Я понимаю, что мое участие в таком реестре является добровольным и что все предоставленные мною сведения будут использоваться только для целей планирования на случай стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуаций.

_____ (инициалы) Я понимаю, что я могу в любой момент просить о том, чтобы запись обо мне была исключена из Реестра, направив соответствующее заявление в письменной форме в Управление по чрезвычайным ситуациям округа Дейн.

_____ (инициалы) Я даю разрешение службам экстренной медицинской помощи, поставщикам транспортных услуг и иным службам экстренного реагирования входить в мое жилище при необходимости оказания содействия в эвакуации, предоставлять уход, а также раскрывать предоставленные мною сведения (при необходимости) в рамках реагирования на мои нужды в условиях неотложной эвакуации или стихийного бедствия. Настоящим разрешением не ограничиваются права представителей служб экстренного реагирования на проникновение в помещение или применение мер реагирования при чрезвычайных ситуациях, предусмотримые действующим законодательством.

_____ (инициалы) Я понимаю, что в то время как регистрация таких сведений может помочь представителям экстренных служб узнать и иметь представление о моих нуждах в случае чрезвычайной ситуации, регистрация не гарантирует предоставления каких-либо конкретных услуг в случае чрезвычайной ситуации или стихийного бедствия.

_____ (инициалы) Я понимаю, что в случае экстренной ситуации обращение в службу спасения (911) является моей обязанностью, несмотря на то, что мною были предоставлены данные для внесения в Реестр.

_____ (инициалы) Я понимаю, что я отвечаю за собственную подготовленность к чрезвычайной ситуации. Это может подразумевать, но не ограничиваться ответственностью за установление контакта с членами семьи или лицами, осуществляющими уход за мною, обеспечение выписываемыми по рецепту препаратами, запасами кислорода, медицинским оборудованием и особыми продуктами питания, которые могут быть необходимы в случае моей эвакуации из моего жилища.

_____ (инициалы) Я понимаю, что я несу ответственность за все расходы, связанные с моей экстренной медицинской эвакуацией и обслуживанием.

_____ (инициалы) Я понимаю, что я могу взять обученное служебное животное во временное убежище, но при этом я буду нести ответственность за кормление и уход за своим животным.

_____ (инициалы) Я понимаю, что я несу ответственность за обновление предоставленных мною сведений не реже, чем раз в год или по мере изменения моих данных (в зависимости от того, что наступит раньше).



Округ Дейн

Программа добровольной регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Я понимаю, что мое участие в Программе добровольной регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях округа Дейн является добровольным и что все предоставленные мною сведения, включая любую Защищенную медицинскую информацию, будут рассматриваться как конфиденциальные. Кроме того, я понимаю, что предоставляемые мною сведения будут раскрываться только Управлению по чрезвычайным ситуациям округа Дейн, представителям экстренных служб, руководителям и специалистам по планированию, а также лицам, осуществляющим управление информационной базой данных.

Я понимаю, что сведения, предоставляемые мною в Реестр, будут использоваться только при следующих обстоятельствах: для реагирования на события, связанные со стихийными бедствиями, для реагирования на неотложные нужды в экстренной ситуации, для осуществления мероприятий по эвакуации и спасению, а также для целей планирования на случай стихийных бедствий. Я понимаю, что при определенных обстоятельствах (круг которых ограничен), такие сведения могут быть раскрыты без моего разрешения в порядке, предусмотренном федеральным законодательством или законодательством штата.

СРОК ДЕЙСТВИЯ: Срок действия настоящего Разрешения – один (1) год со дня его подписания.

ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО НАСТОЯЩЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Я понимаю, что у меня или у моего личного представителя имеется право на получение копии заполненной формы разрешения по запросу.* Я понимаю, что я вправе отозвать свое разрешение в любой момент. Я понимаю, что отзыв моего разрешения должен быть в письменной форме, и я должен представить такой письменный отзыв в Управление по чрезвычайным ситуациям округа Дейн. Я понимаю, что такой отзыв не будет распространяться на ранее имевшие место факты раскрытия моей информации. Я также понимаю, что после раскрытия информации другим лицам, она может в дальнейшем быть раскрыта иным лицам или организациям, не подпадающим под требования федерального законодательства или законодательства штата о неприкосновенности частной жизни и конфиденциальном режиме обращения с информацией.

У меня была возможность полноценно ознакомиться с настоящим Разрешением и обдумать его содержание, и я подтверждаю, что оно согласуется с информацией, предоставленной Управлением по чрезвычайным ситуациям округа Дейн относительно Программы регистрации для получения помощи при стихийных бедствиях. Я понимаю, что, подписывая настоящую форму, я подтверждаю свое разрешение на раскрытие Управлением по чрезвычайным ситуациям округа Дейн информации, указанной в настоящей форме, лицу (лицам) или организации (организациям), упомянутым в настоящей форме.

Имя (печатными буквами): _____

Подпись: _____ Дата: _____

* Просим вас хранить подписанный экземпляр настоящего Разрешения в своем архиве документов.