



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.