

MẪU ĐĂNG KÝ NHU CẦU ĐẶC BIỆT/TRỢ GIÚP SƠ TÁN TẠI QUẬN PINELLAS

Đăng ký: Chỗ Tạm Trú Do Nhu Cầu Đặc Biệt Hỗ Trợ Đi Lại Cả Hai

Sau khi bản đăng ký này được xử lý, nhân viên Sở Cứu Hỏa địa phương sẽ liên lạc với quý vị

HỌ: _____ TÊN: _____ Nam Nữ

Địa chỉ đường phố: _____ Căn hộ số _____ Lô số _____

Thành phố: _____ Mã Zip: _____ Số điện thoại: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Email: _____ Tình trạng sống hiện tại: Một mình Với người thân Khác

Nhà ở gia đình riêng Nhà di động Tên căn hộ/Khu chung cư/Công viên: _____

Quý vị có thú cưng: Có Không Đã thu xếp xong cho thú cưng. Nếu chưa, gọi số 727-582-2600 để được trợ giúp.

Số lượng chó _____ Trọng lượng khoảng _____ Số lượng mèo _____ Số lượng chim _____ Tổng số động vật _____

Ngôn ngữ chính của quý vị _____

Chỗ ở: Cố định Tạm thời Nếu là Tạm thời, xin cho biết Ngày bắt đầu ở _____ Ngày chấm dứt ở _____

Quý vị yêu cầu loại trợ giúp nào? ĐÁNH DẤU TẤT CẢ CÁC Ô PHÙ HỢP

<input type="checkbox"/> Đi lại <input type="checkbox"/> Đứng <input type="checkbox"/> Di chuyển sang giường <input type="checkbox"/> Giao tiếp	<input type="checkbox"/> Tắm bồn và tắm vòi sen <input type="checkbox"/> Mặc quần áo <input type="checkbox"/> Đi vệ sinh <input type="checkbox"/> Ăn uống	<input type="checkbox"/> Chăm sóc vết thương <input type="checkbox"/> Hậu môn nhân tạo <input type="checkbox"/> Ống thông <input type="checkbox"/> Tã/bỉm	Liệt kê yêu cầu trợ giúp khác _____ _____
--	--	--	---

<p>ĐÁNH GIÁ VỀ ĐI LẠI</p> <p>Tôi có thể tự đi lại được? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi phải nằm liệt giường <input type="checkbox"/> Có thể đứng khi có trợ giúp</p> <p><input type="checkbox"/> Không thể đứng khi có trợ giúp</p> <p>Tôi nặng trên 400 pound <input type="checkbox"/> Đứng <input type="checkbox"/> Không đứng Nếu đứng, vui lòng ghi trọng lượng ước tính _____</p>	<p>PHỤ THUỘC VÀO ĐIỆN</p> <p><input type="checkbox"/> Máy thở CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Oxy _____ lít/phút _____ giờ mỗi ngày</p> <p><input type="checkbox"/> Máy thở <input type="checkbox"/> Máy tạo oxy</p> <p><input type="checkbox"/> Máy phun sương <input type="checkbox"/> Bơm dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Bơm hút <input type="checkbox"/> Máy theo dõi nhịp tim <input type="checkbox"/> Thuốc cản trở lạnh? Nếu có thì là loại gì? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lọc máu</p>	<p>ĐÁNH GIÁ VỀ NHẬN THỨC</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh Alzheimer/Mất trí nhớ <input type="checkbox"/> Rối loạn tâm thần <input type="checkbox"/> Âm ảnh cưỡng chế</p> <p><input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Tự gây thương tích hoặc gây nguy hiểm cho người khác</p> <p>Liệt kê các vấn đề về nhận thức hoặc nhu cầu đặc biệt khác _____ _____ _____</p>	<p>CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT</p> <p><input type="checkbox"/> Ông nuôi <input type="checkbox"/> Không nuốt được <input type="checkbox"/> Cấp dinh dưỡng 24 giờ <input type="checkbox"/> Chỉ để dùng thuốc <input type="checkbox"/> Chỉ dùng ống tiêm để cấp</p> <p>Quý vị phải mang tất cả các dụng cụ cần thiết cho việc chăm sóc đến nơi tạm trú.</p> <p><input type="checkbox"/> Đái tháo đường <input type="checkbox"/> Phụ thuộc insulin <input type="checkbox"/> Uống thuốc (dạng viên)</p> <p>Quý vị có Lệnh KHÔNG HỜI SỨC không? <input type="checkbox"/> Có (Vui lòng mang theo lệnh) <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi đến Sở Y Tế - 727-824-6932</p>
---	---	---	--

Quý vị đã CHUẨN BỊ SẴN cho việc đến:
 Bệnh viện Viện điều dưỡng Cư sở trợ sinh (ALF) Khác: _____

Tên của cơ sở CHUẨN BỊ SẴN để đưa quý vị sơ tán đến _____

Địa chỉ _____ Số điện thoại _____

Tên Bác sĩ _____ Số điện thoại _____

Quý vị có nhận dịch vụ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI không Tên _____ Mã nhóm _____ Số điện thoại _____

Quý vị có nhận dịch vụ CHĂM SÓC TẠI GIA không Tên _____ Số điện thoại _____

Người Liên Lạc Trong Trường Hợp Khẩn Cấp

Tên _____ Quan hệ _____ Số điện thoại _____

Tôi xác nhận rằng có ít nhất là một người chăm sóc/người đi cùng sẽ đi cùng tôi. Có Bao nhiêu người _____

Tên _____ Quan hệ _____ Số điện thoại _____

Người chăm sóc đã đăng ký vào Cơ sở dữ liệu Nhu Cầu Đặc Biệt chưa? Rồi Chưa

Đăng ký được lập bởi (chữ viết hoa viết gọn): _____ Quan hệ: _____ Số điện thoại _____

Nếu đăng ký không phải do đương đơn lập thì hiện tại quý vị có Giấy Ủy Quyền cho cá nhân không? Có Không

Chữ Ký Của Đương Đơn

Bằng việc ký vào giấy này, tôi cho phép thông tin y tế trong giấy này được cung cấp cho phòng y tế quận, phòng quản lý khẩn cấp, khu cứu hỏa địa phương và các cơ sở tiếp nhận để phục vụ mục đích đánh giá nhu cầu của tôi và cung cấp phương tiện vận chuyển và trú ẩn khẩn cấp. Các hồ sơ liên quan đến đăng ký của công dân khuyết tật được miễn theo các quy định trong Phần 119.07 (1) của Các Đạo Luật Florida, Luật Hồ Sơ Công Cộng. Thông tin nếu tại đây sẽ được giữ bí mật.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Gửi mẫu đăng ký đã điền đầy đủ đến địa chỉ Pinellas County Emergency Management, 10750 Ulmerton Rd. Building 1, Suite 267, Largo, FL 33778 hoặc fax đến số 727-464-4024. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi số 727-464-3800. Sửa đổi năm 2017