

¿Tiene Ud. necesidades especiales que requieren asistencia en una emergencia o evacuación? Si este es el caso, por favor llene esta encuesta.

Complete y devuelva anualmente o si su situación cambia. Marque la casilla Nueva encuesta a continuación si es la primera vez que completa esta encuesta o no lo ha hecho en años. Cuando ya no necesite asistencia especial, envíe un correo electrónico a wem@waterfordct.org.

Cuando lo haya completado, puede: enviarlo por correo electrónico a wem@waterfordct.org; envíelo por correo a 204 Boston Post Road, Waterford, CT 06385, o déjelo en Waterford Senior Center.

ESTA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIAL

Yo / Este individuo necesita asistencia en caso de una emergencia o evacuación: FAVOR DE USAR LETRAS DE MOLDE




apellido		fecha
dirección		
ciudad	CT	zona postal
número de teléfono	celular ()	*TDD/TTY ()
casa ()	trabajo ()	
Si Ud. es residente de tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), incluya los meses que vive en esta residencia		

*Maquina/aparato de Telecomunicación para los sordos / Teléfono de Texto

Favor de escribir una X en la casilla respectiva.

Ésta es una nueva encuesta, o una que no se ha puesto al día en años. ☐

Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar. |  <input type="checkbox"/> Utilizo silla de ruedas y necesito un vehículo con accesibilidad a | <input type="checkbox"/> Necesito equipo de soporte vital y asistencia especial para usarlo (Explicar) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas plegable | |
| | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | |
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar |  <input type="checkbox"/> Use *TDD/TTY | <input type="checkbox"/> Otras necesidades que impidan una evacuación rápida (Explicar) _____ |
|  <input type="checkbox"/> Persona confinada a la cama |  <input type="checkbox"/> Necesito transporte para evacuar | |

Apellido del individuo que llena esta encuesta _____ teléfono () _____

Pariente u otra persona a quien podamos notificar para dar asistencia en caso de emergencia o evacuación:

apellido		
dirección		
ciudad	CT	zip code
número de teléfono	cell ()	*TDD/TTY ()
casa ()	trabajo ()	



Waterford Emergency Management

204 Boston Post Road

Waterford , CT 06385

860-442-9585



Síguenos en Facebook