MIAMI-DADE PUBLIC HOUSING AGENCY

EMERGENCY EVACUATION ASSISTANCE PROGRAM

ADMISSIONS AND CONTINUED OCCUPANCY POLICY

APPENDIX III

Effective 3-1-2010

This application is available in English, Spanish, Creole and Braille (upon request). If you need disaster preparedness tips, contact the Answer Center by dialing 3-1-1 or calling (305) 468-5900 (TTY/TDD users call (305) 468-5402). You may also visit our website for more information: www.miamidade.gov/oem

Enfòmasyon sa-a disponib an Angle, Panyòl, Kreyòl ak Bray (sou demann). Pou enfòmasyon sou preparasyon pandan yon dezas rele Sant Repons la nan (305) 468-5900. Sèvis TTY/TDD Rele (305) 468-5402. W kab ale sou sitwèb nou an tou pou plis enfòmasyon: www.miamidade.gov/oem

Esta solicitud está disponible en Ingles, Español, Cróele y Braille. Si necesita información para la preparación de desastres, llame al Centro de Información al 3-1-1 ó (305) 468-5900. Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones.

MIAMI-DADE COUNTY

Delivering Excellence Every Day

Miami-Dade County
Emergency Evacuation Assistance Program

Applicant Instructions and Information

The Emergency Evacuation Assistance Program is designed for people with special needs living at home that need assistance with evacuation. Eligible applicants have a medical condition that requires specialized sheltering not available in a hurricane evacuation center. Residents of assisted living facilities or nursing homes do not qualify.

The registry may be used for any emergency requiring evacuation, such as flooding, hurricanes or hazardous material spills, such as gas leaks. Resources are limited and those persons registered will have priority when an emergency arises. **Do not wait until an evacuation begins to request being added to the registry.**

Shelters will only be available as a last resort for people who have no other place to go. If you need to evacuate, you should first seek shelter with relatives, friends or community organizations. Special Needs Shelters do not offer the same level of care or equipment available at health care facilities. Only basic care and assistance are available. Cots and beds are provided on a limited basis. A caregiver should accompany you and remain with you during your stay in the shelter.

Supplies and food at Special Needs Shelters are limited. You must bring a disaster kit that includes bedding, medications and personal supplies (food, water, and medical equipment). It is highly recommended that you eat a meal prior to leaving your home and bring special dietary foods with you.

All sections of this application must be completed. Your health care provider must complete and sign a portion of this application prior to submitting it to our office. If more than one person in your household needs assistance during evacuations, each person must complete a separate application. Special Instructions will be mailed to you once your application has been processed. Read these instructions carefully and keep them in a safe place. Prepare wisely and stay alert to the media for evacuation times during emergencies.

You will be contacted on an annual basis to re-certify your need for this program. You do not need to complete an application every year. If you have questions or need further information, please call the Special Needs Hotline at (305) 513-7700. Return the completed application to:

Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178

This application is available in English, Spanish, Creole and Braille (upon request). If you need disaster preparedness tips, contact the Answer Center by dialing 3-1-1 or calling (305) 468-5900 (TTY/TDD users call (305) 468-5402). You may also visit our website for more information: www.miamidade.gov/oem

Application for the Emergency Evacuation Assistance Program

Please read the instructions and information provided before completing the form. **This form must be completed in full or it will be returned to you.**

Please print clearly.

Date of Application: ____/____/____

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____ Sex: ___M ___F

Date of Birth: ____/____/_____ Social Security Number: _____-_____-_____

Type of Residence: ☐ House/Duplex ☐ Apt/Condo (What floor? ____) ☐ Mobile Home/Trailer
☐ Group Home ☐ Nursing Home

Address: _____ Apt/Lot #: _____

City: _____ Zip Code: _____

Mailing Address (if different from above): _____

Telephone: Home: (_____)_____ (TTY/TDD line ☐ Yes)

Alternate Phone: (_____)_____

Primary Language: _____

Name of nearest friend or relative (not living with you): _____

Home phone: (_____)_____ Alternate phone: (_____)_____

I certify that one companion will accompany me to the special needs shelter.

Companion's name: _____

What type of assistance do you require on a daily basis? (Check all that apply)

☐ personal care (dressing/toileting)
☐ guidance (blind/visual impairment)
☐ communicating:
(☐ deaf ☐ nonverbal)
☐ skilled medical or mental health care:
(☐ intermittent ☐ continuous)
☐ mobility (walking/transferring)
☐ feeding
☐ wound care
If yes, what type of wound:_____
☐ taking medication
☐ airway suctioning

Do you require oxygen? ☐ Yes ☐ No If yes, how many hours a day? _____

Oxygen Provider: _____

Do you use medical equipment requiring electricity? ☐ Yes ☐ No (☐ intermittent ☐ continuous)

Specify equipment requiring electricity: _____

Do you require dialysis? ☐ Yes ☐ No If yes, how many times a week? _____

Are you receiving hospice or home health care? ☐ Yes ☐ No

Agency: _____Phone:_____

Do you require that transportation to a shelter be provided for you? ☐ Yes ☐ No

I use: ☐ Wheelchair (I can transfer myself: ☐ Yes ☐ No) ☐ Walker/Cane
☐ Crutches ☐ Guide dog/Service animal

I am bed bound: ☐ Yes ☐ No

I weigh over 300 pounds: ☐ Yes ☐ No

I have the following conditions: (Check all that apply)

- ☐ **Alzheimer's Disease**
  ☐ early ☐ moderate ☐ advanced
- ☐ **Cardiac**
  ☐ stable ☐ unstable
- ☐ **Cerebrovascular Accident (CVA)**
- ☐ **Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)**
- ☐ **Cystic Fibrosis**
- ☐ **Diabetes**
  ☐ Insulin dependent
  ☐ Non-insulin dependent
- ☐ **Dementia**
- ☐ **Emphysema**
- ☐ **Muscular Dystrophy**
- ☐ **Hip replacement**
  ☐ less than six months
  ☐ more than six months
- ☐ **Knee replacement**
  ☐ less than six months
  ☐ more than six months
- ☐ **Neuro-muscular disorders**
  ☐ early ☐ moderate ☐ advanced
- ☐ **Parkinson's Disease**
  ☐ early stages ☐ advanced
- ☐ **Psychosis**
  ☐ controlled ☐ uncontrolled
- ☐ **Seizures**
  ☐ controlled ☐ uncontrolled

Other: _____

Name of person filling out form: _____ **Telephone Number:** (____)_____

This section must be completed by Health Care Provider. Please print.

Health Care Provider: _____ **Phone:** (____)_____

Primary Diagnosis: _____

Secondary Diagnosis: _____

To the best of my knowledge and belief, the information provided on this form is correct and complete.

Health Care Provider's Signature: _____ **Date:** _____

Provider's License Number: _____

Applicant Signature & Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

I certify that this information is correct. I understand that based on this application and the data I have provided, the Miami-Dade Office of Emergency Management (MDOEM) will determine which emergency evacuation assistance, if any, this program may be able to provide. I understand that assistance will only be provided for the duration of the emergency and that alternative arrangements should be made in advance in the event I am not able to return to my home. **I also understand that I am responsible for transportation charges for my evacuation and any costs associated with my stay at a hospital or other medical facility if I am admitted.** I grant permission to medical providers and transportation agencies and others as necessary to provide care and disclose any information required to respond to my needs.

HIPAA Privacy Rule: By signing this Authorization, I hereby allow the use or disclosure by MDOEM of my medical information pertaining to my health or me, as defined in the regulations promulgated under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, the HIPAA Privacy Rule, to be used for my evacuation to the appropriate shelter or facility.

(Continued on back page)

I understand that information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to disclosure by the recipient for the purposes of evacuation, sheltering, transportation and any medical care pursuant to these services.

I understand that I have the right to revoke this Authorization at any time except to the extent that MDOEM has already acted in reliance on the Authorization. To revoke this Authorization, I understand that I must do so by written request to the Miami-Dade County Office of Emergency Management, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Attention: Special Needs Registry Coordinator.

I understand that if I choose to revoke this Authorization, I will no longer be part of the Special Needs Registry and will not be evacuated.

Signature of Applicant: _____ **Date:** _____

EMEOEM
Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178

MIAMI-DADE COUNTY

Livre Bon Kalite Sèvis Chak jou

Konte Miami-Dade County
Pwogram Asistans Evakiyasyon Dijans

Enfòmasyon ak Enstriksyon Pou Aplikan

Pwogram Asistans Evakiyasyon Dijans-la se pou moun andikape oswa ak bezwen espesyal ki abite lakay yo epi ki bezwen èd pou yo evakye. Aplikan ki kalifye yo fèt pou genyen yon kondisyon medikal ki mande lojman ak asistans espesyal ki pa disponib nan yon sant evakiyasyon siklòn. Moun kap viv nan sant vyeyès oswa pansyon (ti gran-moun/kokobe) pa kalifye pou pwogram sa-a.

Rejis la kab itilize pou nenpòt ijans ki mande evakiyasyon, tankou inondasyon, siklòn oswa fwit pwodwi danjere (tankou fwit gaz). Resous yo limite; moun ki te deja anrejistre yo ap jwenn priyorite lè gen yon ijans. **Pa tann se lè yon evakiyasyon koumanse fèt pou w mande mete w nan rejis la.**

Sant evakiyasyon yo ap disponib kòm **dènye resous sèlman** pou moun ki pa genyen **lòt kote pou yo ale.** Si w bezwen evakye, chèche refij dabò kay fanmi, zanmi oswa òganizasyon kominotè. Sant evakiyasyon pou moun ak bezwen espesyal yo pa ofri menm nivo swen ak ekipman ak sa ki disponib nan sant sante yo. Yo kapab bay premye swen sèlman. Se pou moun kap okipe w lan rete avèk w pandan tout tan w nan sant evakiyasyon an.

Ekipman ak manje nan sant evakiyasyon siklòn yo limite. W dwe pote dra, medikaman ak zafè pèsonè w (manje, dlo, ekipman medikal). Yo rekòmande w manje yon bon repa anvan w kite lakay w epi tou pa bliye pote manje rejim espesyal, si li nesesè.

Ranpli **tout** pati nan aplikasyon an. Avan w remèt aplikasyon an, se pou doktè w ranpli ak siyen paj dèyè an. Si gen plis ke yon moun nan menm kay la ki bezwen asistans pou evakye, chak moun dwe ranpli yon fòm enskripsyon separe. Yon fwa ke yo asepte aplikasyon an, kat pou nou anresjistre avèk enstriksyon espesyal ap vin jwenn nou pa lapos. Li enstriksyon sa yo ak **anpil atansyon** epi mete yo nan yon kote pou yo pa abime. Mete tèt nou an plas, prepare nou byen epi rete alekout anka dijans pou nou konnen eskedil evakiyasyon yo.

Fè nou konnen tout kondisyon sante nou sitou si nou pral bezwen elektrisite pou ekipman medikal ak si nou bezwen anken transpò espesyal. Chak ane nou va kontakte w pou re-sètifye patisipasyon w nan pwogram sa-a. Yon fwa w fin enskri, w pa bezwen ranpli yon aplikasyon chak fwa. Si w gen anken kestyon oswa w bezwen plis enfòmasyon, tranpri rele Nimewo Ijans Bezwen Espesyal la nan (305) 513-7700. Lè w fini ranpli aplikasyon an voye li bannou nan :

Miami-Dade Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178

Enfòmasyon sa-a disponib an Angle, Panyòl, Kreyòl ak Bray (sou demann). Pou enfòmasyon sou preparasyon pandan yon dezas rele Sant Repons la nan (305) 468-5900. Sèvis TTY/TDD Rele (305) 468-5402. W kab ale sou sitwèb nou an tou pou plis enfòmasyon: www.miamidade.gov/oem

Aplikasyon Pou Asistans Evakyason Dijans

Tanpri li enfòmasyon ak enstriksyon sa yo anvan nou kòmanse ranpli fòm nan. **Se pou Fòm sa-a ranpli nèt sinon yap voye-l tounen bannou.**

Tanpri ekri klè.

Dat aplikasyon an: _____/_____/_____

Siyati:_____ Prenon: _____ Inisyal: ____ Sèks: ☐ M ☐ F

Dat W Fèt: ____/_____/_____ Nimewo Sosyal Sekirite: _____-_____-_____

Kalite kay la: ☐ Kay/Diplèks ☐ Apt./Kondo (Ki etaj? _____) ☐ Kay Mobil/Trelè

☐ Kominote(site) ☐ Pansyon(ti granmoun/kokobe)

Adrès-W: _____ Nimewo Apatman.: _____

Vil: _____ Zip Kòd: _____

Adrès Lapos w (si li diferan de sa ki anwo-an):_____

Telefòn Lakay w: (____)_____ (Liy TTY/TDD ☐ Wi) Telefòn Travay- w: (____)_____

Lang w pale pibyen: _____

Non yon zanmi oswa yon fanmi pwòch ki pa rete avèk w:_____

Téléfòn Kay li:(_____)_____ Telefòn travay li: (_____)_____

Adrès li: _____ Vil: _____ Zip Kòd: _____

Mwen sètifye ke genyen yon moun ki pran swen mwen (konpayon) kap evakye avè'm.

Non konpayon: _____

Ki kalite èd ou bezwen chak jou? (Tcheke tout sa ki nesesè)

☐ swen pèsonèl (abiye/twalèt)
☐ gide (moun avèg)
☐ kominike (☐soud/☐bèbè)
☐ mobilite (deplasman/mache)
☐ manje
☐ chanje pansman, Si wi, Ki kalite blesi: _____
☐ pran medikaman manje
☐ dyaliz
☐ sifonnen poumon
☐ swen medikal/mantal espesyalize: (☐ pafwa ☐ toutan)
☐ oksijèn: (☐ pafwa ☐ toutan)

Èske w sèvi ak ekipman medikal ki bezwen elektrisite? ☐ Wi ☐Non **(☐ pafwa ☐ toutan)**
Lis ekipman medikal ki bezwen elektricite yo: _____

Èske wap resevwa swen ospis oswa swen sante adomisil? ☐ Wi ☐ Non

Ajans:_____Telefòn: (_____)_____

Èske w bezwebn transpòtasyon pou w ale nan sant evakiyasyon an? ☐ Wi ☐ Non

Mwen itilizé: ☐ Chèz woulant (san èd _Wi _Non)
☐ Beki
☐ "Walker(machè)"/Baton
☐ Chen Gid(èd avèg)/Bèt sèvis

Mwen kouche toutan: ☐ Wi ☐ Non

Ki koté w te aprann de pwogram sa-a?

☐ De sant médikal w oubyen de yon lot sant santé / Kiyès? _____
☐ Nan télévizyon, radyo, oswa jounal
☐ Sou Internet
☐ De yon prezantatè
☐ Lot: _____

Men kondisyon mwen genyen ki se youn nan kondisyon lalwa Eta-a mande pou kalifye: (Tcheke tout sa ke w genyen)

☐ **Maladi "Alzheimer"(pèdi memwa)** ☐ **Kadyak (kè)** ☐ **Konjesyon Serebral**
☐ fèk kòmanse ☐modere ☐ avanse ☐ sou kontwòl []san kontwòl

☐ **Maladi Konjesyon Poumon (COPD)** ☐ **Maladi Glann Poumon** ☐ **Maladi Rentretman kontinyèl dyaliz CAPD**

☐ **Dimensia** ☐ **Anfizèm** ☐ **Maladi Misk Kap Mouri (Muscular Dystrophy)**

☐ **Ranplasman hanch**
☐ mwens ke si mwa
☐ plis ke si mwa

☐ **Ranplasman jenou**
☐ mwens ke si mwa
☐plis ke si mwa

☐**Maladi Nè ak Misk**
☐ fèk komanse []modere
☐ avanse

☐ **Maladi Latranblad (Parkinson)**
☐ fèk kòmanse ☐ avanse

☐ **Foli**
☐ sou kontwòl ☐ san kontwòl

☐ **Kriz (malkadi/Nè)**
☐ sou kontwòl
☐ san kontwòl

Lòt maladi: _____

Non moun ki ranpli fòm-nan:_____ **Telefòn:**(____)_____

Siyati Moun Ki Aplike an ak Lwa Diskresyon HIPAA
(Health Insurance Portability and Accountability Act)

Mwen sètifye ke enfomasyon sa yo kòrèk. Mwen konnen ke dapre aplikasyon an avèk enfomasyon mwen bay, Biwo Administrasyon Ka Dijans ap détèminé ki kalite asistans pwogram nan kab bay, si ta gen evakiyasyon. Mwen Konnen ke asistans sa-a ap la pou periyò ijans-lan sèlman epi ke mwen dwe fè lòt aranjman alavans pou si oka mwen pa ta kab tunen lakay mwen. **Mwen konprann ke tout frè transpòtasyon pou evakiyasyon ak lòt frè medikal ap sou responsabilite pa mwen.** Mwen bay sant médikal yo, sèvis transpò yo, ak tout lôt sèvis yo, nempot enfomasyon yo ta bézwen pou yo réponn a bézwen'm.

Lwa Diskresyon HIPAA: Nan siyen otorizasyon sa a, mwen otorize Biwo Administrasyon Dijans Konte Miami-Dade (MDOEM) sèvi avèk oswa revele enfòmasyon medikal konsènen sante mwen oswa mwen menm menm, daprè règleman lalwa ki pibliye nan Lwa 1996 sou Kapasite pou Transfere ak sou Transparans Asirans Medikal, "Lalwa Konfidansyalite HIPAA", pou sèvi pou evakye mwen e mete mwen nan yon etablisman oswa lojman ki apwopriye.

Mwen konprann ke enfòmasyon ki sèvi oswa devwale dapre otorizasyon sa-a gendwa vin re-devwale pa resipyan an pou koze evakiyasyon, lòjman, transpòtasyon ak nenpòt swen medikal dapre sèvis sila yo.

Mwen byen konprann ke mwen gen dwa revoke Otorizasyon sa a nenpòt kilè esepte nan ka kote MDOEM gentan aji sou Otorizasyon an. Pou revoke Otorizasyon sa a, mwen konprann ke mwen dwe fè yon demann alekri voye bay Biwo Administrasyon Dijans Konte Miami-Dade, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178; atansyon, Kowòdinatè pou Moun ak Bezwen Espesyal.

Mwen konprann ke si mwen chwazi revoke Otorizasyon sa a, mwen pap sou Lis Moun ak Bezwen Espesyal la ankò e yo pap evakye m.

Siyati aplikan-an:_____ **Dat:**_____

Fè moun ki okupye santé ou ranpli.

This section must be completed by Health Care Provider. Please print.

Health Care Provider: _____

Phone: (____)_____

Primary Diagnosis: _____ **Secondary Diagnosis:** _____

To the best of my knowledge and belief, the information provided on this form is correct and complete.

Heath Care Provider's Signature _____ **Date:** _____

Provider's License Number: _____

EMEOEM
Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178

MIAMI-DADE COUNTY

Con excelencia día tras día

Programa de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Información e Instrucciones Para el Solicitante

El programa de asistencia para evacuación esta diseñado para las personas con necesidades especiales que requieran ayuda durante una evacuación. Los aspirantes elegibles deberán tener una condición médica que requiera refugio especializado, que no está disponible en un centro de evacuación de huracanes. Residentes de una vivienda con asistencia no son eligibles.

El registro puede ser utilizado para cualquier tipo de emergencia que requiera evacuación, tales como inundaciones, huracanes o derramamientos de materiales peligrosos (como un escape de químicas tóxicas). Los recursos son limitados y le daremos prioridad a las personas que tuvieron la previsión de presentar su solicitud con anticipación. **No espere hasta que empiece la evacuación para reservar su lugar en el registro.**

Los centros de evacuación estarán solamente disponibles como última alternativa para personas que no tienen otros recursos. Si usted necesita evacuar, debe primero buscar refugio con parientes, amigos o organizaciones comunitarios. Los centros de evacuación no tendrán comodidades del mismo nivel de cuidado disponible en un hospital o vivienda con asistencia. Solamente tendrán disponible asistencia médica básica. Deberá ser acompañado por una persona encargada de su cuidado y esa persona deberá permanecer con usted durante su estancia en el centro de evacuación.

Las provisiones en los centros de evacuación serán limitadas. Usted deberá llevar con usted sus suministros de supervivencia que incluye ropa de cama, medicamentos y artículos personales (alimentación, agua y equipo médico). Se recomienda comer antes de salir de su hogar y traer sus alimentos dietéticos especiales.

Complete todas las secciones de la solicitud adjunta. Su médico deberá llenar y firmar la porción de esta solicitud antes de someterla a nuestra oficina. Si más de una persona en su casa requiera asistencia durante una evacuación, cada uno de ellos debe entregar una solicitud separada. Instrucciones para la evacuación y una tarjeta de registro serán enviadas a usted una vez que se haya procesado y aceptado su solicitud. Lea estas instrucciones cuidadosamente y manténgalas en un lugar seguro. Prepárese sabiamente y permanezca alerta a los medios de comunicación durante emergencias.

Estaremos en contacto con usted para verificar su información personal y su necesidad de este programa cada año. Una vez que sea aceptada, usted no tendrá que volver a llenar esta solicitud. Si usted tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, favor llamar al (305) 513-7700. Devuelva su solicitud a:

Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178

Esta solicitud está disponible en Ingles, Español, Cróele y Braille. Si necesita información para la preparación de desastres, llame al Centro de Información al 3-1-1 ó (305) 468-5900. Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones.

Solicitud de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Por favor lea la información e instrucciones adjuntas antes de completar este formulario. Llene todos los datos que se les pide. **Si no recibimos la información completa, será devuelta.**

Por favor, use letra de molde y escriba claramente.

Fecha de solicitud: ___/___/___

Apellido:_____ Primer nombre:_____ Inicial segundo nombre: ____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: ___/___/___ Numero de Seguro Social:_____-___-_____

Tipo de residencia: ☐ Casa/duplex ☐ Apto./condo (Piso: ____) ☐ Casa móvil/trailer ☐ Pensión ☐ Enfermería

Dirección:_____ Numero de Apto.:_____

Ciudad:_____ Código Postal:_____

Dirección de correo (si es diferente a la de ariba): _____

Teléfono: Hogar:(____)_____ Línea TTY/TDD: ☐ Sí

Numero Secundario:(____)_____

Idioma Principal: _____

Nombre del pariente más allegado (que no viva con Ud.): _____

Teléfono: Hogar:(____)_____ Oficina:(____)_____

Yo tengo una persona encargada de ocuparse de mí quien me acompañará al centro de evacuación.

Nombre del acompañante: _____

Indique el tipo de asistencia que necesita usted diariamente. (Marque todos aquellos necesarios)

☐ Cuidado personal (al vestirme, con la higiene)

☐ Movilidad (caminar/transferir)

☐ Guía (ciego o impedimento visual)

☐ Alimentación

☐ Medicamentos

☐ Comunicación (☐ sordo ☐ mudo)

☐ Cuidado de heridas, Que tipo de herida:_____

☐ Necesito ayuda médica o tratamiento mental (☐ intermitente ☐ continuamente)

☐ Necesito ayuda para limpiar las vías respiratorias

Uso equipos de oxigeno. ☐ Sí ☐ No **Cuantos horas al dia?** _____

Compania que provee su oxigeno: _____

Uso equipos médicos que requieren electricidad. ☐ Sí ☐ No (☐ **intermitente** ☐ **continuamente)**

Especifique equipo médico que requiere electricidad: _____

¿Recibe Ud. ayuda de un hospicio o cuidado de salud en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Agencia:_____Teléfono: (_____)_____

Necesito transporte al centro de evacuación. ☐ Sí ☐ No

Yo uso:

☐ Silla de rueda (transferible por sí mismo ☐sí ☐no) ☐Andador/bastón ☐Muletas ☐Perro de guía/ animal de servicio

Estoy restringido a una cama: ☐ Sí ☐ No

Peso mas de 300 libras: ☐ Sí ☐ No

Tengo las siguientes condiciones: (marque aquellas necesarias)

☐ **Enfermedad de Alzheimer**
☐ principios ☐ moderada
☐ avanzada (en cama)

☐ **Cardíaca**
☐ estable
☐ no estable (ej: angina, etc.)

☐ **Accidente Cerebro Vascular (CVA)**

☐ **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)**

☐ **Cystic Fibrosis**

☐ **Diabetes**
☐ insulina dependiente
☐ no dependiente de insulina

☐ **Demencia**

☐ **Enfisema**

☐ **Distrofia Muscular**

☐ **Cadera artificial**
☐ menos de seis meses
☐ más de seis meses

☐ **Rodilla artificial**
☐ menos de seis meses
☐ más de seis meses

☐ **Desorden Neuro-muscular**
☐ moderada ☐ avanzada

☐ **Enfermedad de Parkinson**
☐ comienzo ☐ avanzada

☐ **Psicosis**
☐ controlada ☐ incontrolable

☐ **Ataques epilépticos**
☐ controlados ☐ incontrolable

Otro:_____

Nombre de la persona llenando el formulario:

_____ **Teléfono:**(____)_____

Por favor, pídale a su médico que llene la siguiente información.
This section must be completed by health care provider. Please print.

Health Care Provider:_____

Phone: (____)_____

Primary Diagnosis:_____ **Secondary Diagnosis:**_____

To the best of my knowledge and belief, the information provided on this form is correct and complete.

Health Care Provider's Signature:_____**Date:**_____

Provider's License Number: _____

Firma del Solicitante y Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Yo certifico que esta información está correcta. Yo entiendo que basado en la información adjunta, la Oficina de Administración de Emergencias determinará el nivel de asistencia que necesito y asignarme a los programas adecuados. Yo entiendo que esta ayuda solo se hará posible durante la emergencia y que debo hacer los arreglos adecuados en caso que no pueda regresar a mi casa cuando termine la emergencia. **Entiendo que seré responsable por cualquier gasto para transporte para la evacuación y cualquier gasto asociado con mi estadía en un hospital u otra facilidad médica.** Le doy permiso legal a los proveedores de servicios médicos, agencias de transporte y otros como necesario a divulgar toda información personal requerida mientras responden a mis necesidades.

Firmando esta autorización, autorizo a la Oficina de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade (OMEMD) seguiendo las regulaciones bajo la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, the "HIPAA Privacy Rule", esta informacion médica que pertenece a mi salud o mí, sera utilizada para mi evacuación en caso de una emergencia.

(Sigue a la próxima página.)

Sé que el organismo que reciba los datos utilizados o divulgados conforme a esta autorización podrá hacer públicos dichos datos nuevamente con miras a la prestación de servicios de evacuación, refugio y transporte así como servicios de atención médica derivados de aquéllos.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que OMEMD haya actuado ya en la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito, a la Oficina de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Atención: Coordinador de Ciudadanos con Necesidades E speciales.

Entiendo que si elijo revocar esta autorización, no seré elegible a ser parte del Registro de Ciudadanos con Necesidades Especiales, y no seré evacuado en una emergencia.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:**_____

EMEOEM
Office of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178