

PUBLIC HOUSING and COMMUNITY DEVELOPMENT

EMERGENCY EVACUATION ASSISTANCE PROGRAM

APPENDIX III

OF THE

ADMISSIONS AND CONTINUED OCCUPANCY POLICY

Effective Date: 7/30/2018

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 dezast 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, Créole 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.



Delivering Excellence Every Day

Miami-Dade County Emergency Evacuation Assistance Program

Applicant Instructions and Information

The Emergency Evacuation Assistance Program (EEAP) 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 (ALF) or nursing homes do not qualify for this program because, these business entities must have their own emergency plans for their clients.

The EEAP 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 order is given to request being added to the Registry.**

Evacuation Centers 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 refuge with relatives, friends or community organizations. Special Needs Evacuation Centers (SNEC) do not offer the same level of care or equipment available at health care facilities. Only basic medical care and assistance are available. Special Needs enhanced beds and cots are provided on a limited basis. Individuals requiring a higher level of medical care such as continuous oxygen, the use of life sustaining medical equipment requiring electricity and have advanced medical conditions and needs will be placed in participating hospitals also known as Medical Management Facilities (MMF). Due to a finite number of staff, we recommend that a caregiver accompany you and remain with you during your stay at the SNEC or MMF, to ensure your needs are met in a timely manner.

It is highly recommended that if you have a special diet, that you bring those dietary items with you so as to ensure the highest level of comfort during your evacuation away from home. Please remember to bring a disaster kit that includes: bedding, medications and personal supplies (food, water, and medical equipment). Please ensure that you eat a meal prior to leaving your home. All Miami-Dade County evacuation centers accept individuals with service animals. If you have a service animal include their food and supplies in your disaster kit.

All sections of this application must be completed. Your primary care physician (PCP) must complete and sign this application prior to submitting it to our office. If more than one person in your household requires assistance during evacuations, each person must complete a separate application. Special instructions will be mailed to you once your application has been processed. 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. Please keep a copy of the complete application for your records and mail the **original** to:

**Miami-Dade Department of Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street Miami, FL 33178**

This application is available in English, Spanish, and Creole. To request this material in alternate format such as, Braille, Large Print or electronically, please call (305) 468-5900.

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: _____ - _____ - _____

Are you a veteran of the US Armed Forces? Yes No

Type of Residence: House/Duplex Apt/Condo (What floor? _____) Mobile Home/Trailer

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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> personal care (dressing/toileting) | <input type="checkbox"/> mobility (walking/transferring) |
| <input type="checkbox"/> feeding | <input type="checkbox"/> taking medication |
| <input type="checkbox"/> wound care If yes, what type of
wound:----- | <input type="checkbox"/> guidance: |
| <input type="checkbox"/> communicating:
(<input type="checkbox"/> deaf <input type="checkbox"/> nonverbal) | (<input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> visual impairment) |
| <input type="checkbox"/> skilled medical care:
(<input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> continuous) | <input type="checkbox"/> airway suctioning <input type="checkbox"/> Dialysis |
| <input type="checkbox"/> mental health care:
(<input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> continuous) | |

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: _____

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)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease
<input type="checkbox"/> early <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> advanced | <input type="checkbox"/> Cardiac
<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> unstable | <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | <input type="checkbox"/> Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis |
| <input type="checkbox"/> Dementia | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Insulin dependent
<input type="checkbox"/> Non-insulin dependent |
| <input type="checkbox"/> Knee replacement
<input type="checkbox"/> less than six months
<input type="checkbox"/> more than six months | <input type="checkbox"/> Hip replacement
<input type="checkbox"/> less than six months
<input type="checkbox"/> more than six months | <input type="checkbox"/> Neuro-muscular disorders
<input type="checkbox"/> early <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> advanced |
| <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease
<input type="checkbox"/> early stages <input type="checkbox"/> advanced | <input type="checkbox"/> Psychosis
<input type="checkbox"/> controlled <input type="checkbox"/> uncontrolled | <input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> controlled <input type="checkbox"/> uncontrolled |

Other: _____

Name of person filling out form: _____

Telephone: () _____

_____ ***This section must be completed patient's primary physician. Please print.*** _____

Physician Name: _____

Phone: (-----) -----

Primary Diagnosis: _____

Secondary Diagnosis: _____

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

Physician's Signature: _____

Date: _____

Physician'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 County Department of Emergency Management (MDC DEM) will determine which emergency evacuation assistance, if any, this program may be able to provide. **I understand that there is no cost associated with using any of the County's disaster evacuation centers or disaster transportation services. However, should my medical condition deteriorate and should I be admitted to the hospital, while being evacuated or at an evacuation center, then I will be responsible for the charges incurred once I am "admitted as a patient" of a hospital.** I grant permission to medical providers, transportation agencies and other individuals providing me medical care and disclose any information required to respond to my needs.

HIPAA Privacy Rule: As defined in the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule of 1996, by signing this Authorization, I hereby allow the use or disclosure of my medical information by MDC DEM, in order to provide me assistance during emergency evacuations.

(Continued on next 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 MDC DEM 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 Department 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:** _____

**MDC DEM
Miami-Dade Department of Emergency Management
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**



Delivering Excellence Every Day

Programa de Asistencia Para Evacuacion de Emergencias

Informacion e Instrucciones Para el Solicitante

El Programa de Ayuda para Evacuaciones de Emergencia (EEAP, sigla en ingles) esta disenado para personas con necesidades especiales que viven en sus hogares y necesitan ayuda para ser evacuados. Los solicitantes elegibles tienen una condicion medica que requiere un refugio especializado que no esta disponible en un centra de evacuacion durante huracanes. Los residentes de instalaciones de residencia asistida (ALF, sigla en ingles) o residencias para la tercera edad no cualifican para este programa porque estos negocio's tienen que tener sus propios planes de emergencia para sus clientes.

El registro de EEAP puede ser usado para cualquier emergencia que requiere evacuacion, tal como inundaciones, huracanes o derrames de materiales peligrosos como fugas de gas. Los recursos son limitados y las personas que estan registradas tendran prioridad cuando surge una emergencia. **No espere hasta que den la orden de evacuar para pedir que lo agreguen al Registro.**

Los Centros de Evacuacion solo estaran disponibles como ultimo recurso para personas que no tienen otro lugar donde ir. Si usted necesita evacuar, primero debe buscar refugio con parientes, amistades u organizaciones comunitarias. Centros de Evacuacion para los que tienen Necesidades Especiales {SNEC, sigla en ingles) no ofrecen el mismo nivel de cuidado ni tienen los mismos equipos disponibles en instalaciones medicas. Solo atencion medica basica y ayuda estan disponibles. Camas superiores para los que tienen necesidades especiales y catres son proveldos en forma limitada. Individuos que necesitan un nivel mas alto de atencion medica como oxigeno continuo, el uso de equipo de soporte vital que requiere electricidad y tienen condiciones y necesidades medicas avanzadas seran internados en hospitales participantes, tambien conocidos como Instalaciones de Gestion Medica (MMF, sigla en ingles). Debido a un numero limitado de personal, nosotros recomendamos que una cuidadora lo acompañe y permanezca con usted durante su estadla en el SNEC o la MMF para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.

Es sumamente recomendable que si usted tiene una dieta especial, que usted traiga esos articulos dieteticos consigo para asegurarse de su maxima comodidad durante su evacuacion alejado de su hogar. Por favor asegurese de traer un kit para desastres que incluye: frazadas y sabanas, medicinas y artfculos personales (comida agua y equipo medico). Por favor asegurese de comer una merienda antes de dejar su hogar. Todos los Centros de Evacuacion del Condado de Miami-Dade aceptan individuos con animates de servicio. Si usted tiene un animal de servicio, incluya su comida y suministros en su kit para desastres.

Todas las secciones de esta solicitud tienen que ser rellenas. Su medico de cabecera (PCP, sigla en ingles) tiene que rellenar y firmar esta solicitud antes de presentarla a nuestra oficina. Si mas de una persona en su nucleo familiar necesita ayuda durante evacuaciones, cada persona debe rellenar una solicitud separada. Una vez que su solicitud ha sido procesada se le enviaran instrucciones especiales. Usted sera contactado cada ano para re certificar su necesidad para este programa. Usted **no** necesita rellenar una solicitud cada ano. Si usted tiene preguntas o necesita mas informacion, slrvase llamar al numero especial para los que tienen Necesidades Especiales por el (305) 513-7700. Sfrvase guardar una copia de su solicitud rellena en sus archivos y envfe el **original** a:

**Miami-Dade Department of Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**

Esta solicitud esta disponible en Ingles, Espafiol, y Croele. Si desea esta documento en diferente formato como Braille o en letra **impresa mas grande puede llamar al numero de telefono (305) 468-5900.**

Si necesita informacón para la preparacón de desastres, llame al Centro de Informacón al 3-1-1 6 (305) 468-5900. Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones. Tambien puede visitar nuestra pagina web www.miamidade.gov/oem

Solicitud de Asistencia Para Evacuacion de Emergencias

Por favor lea la informacion e instrucciones adjuntas antes de completar este formulario. Llene todos los datos que se les pide. **Si no recibimos la informacion completa, sera 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: ___ / ___ / ___

Es usted veterano de las fuerzas armadas de US? Si No

Tipo de residencia: Casa/duplex Apto./condo (Piso: ___) Casa movil/trailer

Direccion: _____ Numero de Apto.: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Direccion de correo (si es diferente a la de arriba): _____

Telefono: Hogar:(_____) _____ Linea TTY/TDD: Si

Numero Secundario:(_

Idioma Principal: _____

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

Telefono: Hogar:(___) _____ Oficina:(_ _)_

Yo tengo una persona encargada de ocuparse de mi quien me acompanara al centro de evacuacion.

Nombre del acompanante: _____

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

Cuidado personal (al vestirme, con la higiene) Movilidad (caminar/transferir)

Alimentacion

Cuidado de heridas, Que tipo de herida: _____ Medicamentos

Comunicacion

(sordo mudo)

Guia (ciego o impedimento visual)

Necesito ayuda medica o tratamiento mental (intermitente continuamente)

Necesito ayuda para limpiar las vfás respiratorias Dialisis

Uso equipos de oxigeno. SI No **Cuantos horas al dia?**

Compania que provee su oxigeno: _____

Uso equipos medicos que requieren electricidad. Si No (intermitente continuamente)

Especifique equipo medico que requiere electricidad: _____

¡Recibe Ud. ayuda de un hospicio o cuidado de salud en el hogar? Si No

Agencia: _____ Telefono: (_____) _____

Necesito transporte al centro de evacuacion. SI No

Yo uso:

Silla de rueda (transferible por si mismo SI No) Andador/baston

Muletas

Perro de guia/
animal de servicio

Estoy restringido a una cama: Si No

Peso mas de 300 libras: SI No

Tengo las siguientes condiciones: (marque aquellas necesarias)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> principios <input type="checkbox"/> moderada
<input type="checkbox"/> avanzada (en cama) | <input type="checkbox"/> Cardiaca
<input type="checkbox"/> estable
<input type="checkbox"/> no estable (ej: angina, etc.) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructive! Cronica (COPD) | <input type="checkbox"/> Dialisis peritoneal continua ambulatoria(CAPD) | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> insulina dependiente
<input type="checkbox"/> no dependiente de insulina |
| <input type="checkbox"/> Rodilla artificial
<input type="checkbox"/> menos de seis meses
<input type="checkbox"/> mas de seis meses | <input type="checkbox"/> Cadera artificial
<input type="checkbox"/> menos de seis meses
<input type="checkbox"/> mas de seis meses | <input type="checkbox"/> Desorden Neuro-muscular
<input type="checkbox"/> moderada O avanzada |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> comienzo <input type="checkbox"/> avanzada | <input type="checkbox"/> Psicosis
<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolable | <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos
<input type="checkbox"/> controlados <input type="checkbox"/> incontrolable |

Otro: _____

Nombre de la persona llenando el formulario:

_____ Telefono:(_____).

Por favor, pidale a su medico que llene la siguiente informacion (por favor usar letra de molde)

Physician Name : _____ Phone: (____) _____

Primary Diagnosis: _____ Secondary Diagnosis: _____

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

Physician's Signature:, _____ Date: _____

Physician's License Number: _____

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

Yo certifico que esta informacion esta correcta. Yo entiendo que basado en la informacion adjunta, el Departamento de Administration de Emergencias del Condado de Miami-Dade determinara el nivel de asistencia que necesito y asignarme a los programas adecuados. Yo entiendo que esta ayuda solo se hara 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 no hay costo el usar los centros de evacuacion or los servicios de transportacion a estos centros pero si mi situacion medica empeora y tengo que ser admitido a un hospital mientras se efectua la evacuacion o a un centro de evacuacion entonces sere responsable por cualquier gasto de transporte o sea admitido como paciente en un hospital o otra facilidad medica.** . Le doy permiso legal a los proveedores de servicios medicos, agencias de transporte y otros como necesario a divulgar toda informacion personal requerida mientras responden a mis necesidades.

Firmando esta autorizacion, autorizo al Departamento de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade (DMEMD) siguiendo las regulaciones bajo la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, the "HIPAA Privacy Rule", esta informacion medica que pertenece a mi salud o ml, sera utilizada para mi evacuacion en caso de una emergencia.

(Sigue a la proxima pagina.)

Se que el organismo que reciba los datos utilizados o divulgados conforme a esta autorizacion podra hacer pOblicos dichos datos nuevamente con miras a la prestacion de servicios de evacuacion, refugio y transporte as! como servicios de atencion medica derivados de aquellos.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento, a menos que DMEEMD haya actuado ya en la autorizacion. Para revocar esta autorizacion, entiendo que debo hacerlo por escrito, al Departamento de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Atencion: Coordinador de Ciudadanos con Necesidades Especiales.

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

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

**MDC DEM
Miami-Dade Department of Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**



Delivering Excellence Every Day

Konte Miami-Dade Pwogram Asistans Evakyasyon Ka Dijans

Enstriksyon ak Enfomasyon Aplikan

Pwogram Asistans Evakyasyon pou Ka Dijans (EEAP) la te kreye pou moun ki gen bezwen espesyal k ap viv nan kay ki bezwen asistans pou evakye. Aplikan ki elijib yo se de moun ki gen yon pwoblem medikal ki fe ke yo bezwen lojmanabri espesyalize ki pa disponib nan yon sant evakyasyon siklon. Moun k ap viv nan sant ki bay asistans medikal (ALF) yo oswa mezon retret yo pa kalifye pou pwogram sa a paske, biznis sa yo fet pou gen pwop plan dijans yo pou kliyan yo.

Nou ka itizilize rejis EEAP a pou nenpot ka dijans ki mande evakyasyon, tankou inondasyon, siklon oswa debodman pwodwi danjre, tankou fwit gaz. Resous yo limite, kidonk moun ki enskri yo ap gen priorite le gen yon ijans. **Pa tann se le yo bay lod evakyasyon pou w mande ajoute non w nan Rejis la.**

Sant Evakyasyon yo ap disponib selman kom yon denye rekou pou moun ki pa gen okenn lot kote pou yo ale. Si w bezwen evakye, ou ta dwe premye cheche refij avek fanmi w, zanmi w oswa oganizasyon kominote yo. Sant Evakyasyon Bezwen Espesyal (SNEC) yo pa ofri menm nivo swen oswa ekipman ak sa ki disponib nan etablisman swen medikal yo. Sant la gen disponib selman swen medikal ak asistans de baz. Gen kabann ak kad ki ranfose pou moun ak bezwen espesyal, men kantite yo limite. Moun ki bezwen yon nivo swen medikal ki pi wo, tankou oksijen kontinyel, ekipman medikal elektrik pou soutni lavi yo epi yo gen yon kondisyon medikal ki avanse, yap mete moun sa yo lopital ki patisipe nan pwogram lan ki rele Etablisman Jesyon Medikal (MMF). Poutet gen yon kantite limite de moun kap travay nan sant la, nou rekdmande ke w gen yon moun akonpaye w pou okipe w epi rete avek w pandan tout tan w nan SNEC oswa MMF la, pou asire ke w jwenn bon swen nan yon tan apwopriye.

Si wap swiv yon rejim alimante espesyal, yo rekdmande ke w pote pwop manje w pou asire ke w viv nan bon konfo pandan peryod evakyasyon lwen lakay w an. Tanpri sonje pote yon twous pou dezaz ki gen ladan: kouvete kabann, medikaman ak pwovizyon bezwen espesyal (manje, dlo, ak ekipman medikal). Tanpri asire w ke w manje yon repa konple anvan w kite lakay w. Tout sant evakyasyon Konte Miami-Dade yo asepte zannimo sevis yo. Si w gen yon zannimo sevis, pa bliye pote pwovizyon pou li tou nan twous pou dezaz w an.

Tout seksyon yo nan aplikasyon sa a fet pou ranpli konpletman. Medsen Swen Prime (PCP) w la fet pou ranpli epi siyen aplikasyon an anvan w soumet li bay biwo nou an. Si

gen pliske yon moun nan kay la ki bezwen asistans pandan evakyasyon, yo chak fet pou ranpli yon aplikasyon apa. Yap poste enstriksyon espesyal voye ba w yon fwa ke nou fini regie aplikasyon w la.

Nap kontakte w chak ane pou re-setifye pou pwogram sa a. Ou **pa** bezwen ranpli yon aplikasyon chak ane. Si w gen kesyon oubyen si w bezwen plis enfomasyon, tanpri rele Liy Direk Bezwen Espesyal la nan (305) 513-7700. Tanpri kenbe yon kopi aplikasyon w ranpli a nan dosye w epi poste **original** la bay:

**Miami-Dade Department of Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**

Aplikasyon sa a disponib an Angle, Espanyol, ak Kreyol. Pou fe demann materyel sa a nan fdma altenatif tankou, Bray, Enprime an Gwo Let oswa Elektwonikman, tanpri rele (305) 468-5900. _____

Si w bezwen konsey sou reparasyon dezaz, kontakte Sant Enfomasyon an nan 3-1-1 oswa rele (305) 468-5900 (itilize TTY/TDD yo rele (305) 468-5402). Epitou, ou ka ale sou sitweb nou an pou plis

enfomasyon: www.miamidade.gov/oem

Aplikasyon pou Pwogram Asistans Evakyasyon Dijans

Tanpri li enstriksyon ak enfomasyon yo anvan w ranpli fom sa a. **Fom sa a fet pou ranpli okonple si non yap voye li retounen ba w.**

Tanpri ekri byen kle.

Dat Aplikasyon an: ____/____/____

Siyati: _____ Prenon: _____ Inisyale Dezye Non: _____ Seks: ___G___F

Dat Nesans: ____/____/____

Nimewo Sosyal Sekirite: _____ - _____ - _____

Eske w se yon veteran Fos Lame Wi Non

Ameriken? Kalite Rezidans: Kay/Dipleks Apt/Kondo (Ki etaj? _____) Kay Mobil/Trele

Adres: _____ Nim. Apt/Teren: _____

Vil: _____ Zipkod: _____

Adres Postal (si diferan de sa ki anwo an): _____

Telefon: Domisil: (_____) _____ (Liy TTY/TDD Wi)

Telefon Alternatif: (_____) _____ .

Lang w pale pi byen: _____ —

Non zanmi oswa fanmi ki pi pre w (ki pap viv avek w): _____

Telefon Lakay li: (_____) _____ Telefon Alternatif: (-----) _____

Mwen setifye ke gen yon moun kap akonpaye mwen nan santabri bezwen espesyal la.

Non konpay la _____

Ki kalite asistans w bezwen de fason kotidyen? (Tcheke tout sa ki aplikab)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> swen pesonel (abiye/twalet) | <input type="checkbox"/> mobilite (mache/transfere) |
| <input type="checkbox"/> manje | <input type="checkbox"/> pran medikaman |
| <input type="checkbox"/> sway blesi Si wi, ki kalite blesi: _____ | Q konsey: _____ |
| <input type="checkbox"/> kominike: (<input type="checkbox"/> soud <input type="checkbox"/> bebe) | (<input type="checkbox"/> aveg <input type="checkbox"/> pa we byen) |
| <input type="checkbox"/> Swen medikal espesyalize: _____ | <input type="checkbox"/> pasaj aspirasyon <input type="checkbox"/> Dyaliz |
| (<input type="checkbox"/> tanzantan <input type="checkbox"/> kontinyelman) | |
| <input type="checkbox"/> Swen mantal: _____ | |
| (<input type="checkbox"/> tanzantan <input type="checkbox"/> kontinyelman) | |

Eske w bezwen oksijen? Wi Non Si wi, konbyen edtan pa jou? _____

Founise Oksijen: _____

Eske w itilize ekipman medikal ki bezwen kouran pou fonksyone? Wi Non (tanzantan kontinyelman)

Espesifye ki ekipman ki bezwen kouran: _____

Eske w resevwa swen ospis oswa swen medikal lakay w? Wi Non

Ajans: _____ Telefon: _____

Eske w bezwen yo ba w transpotasyon pou w ale nan yon abri Wi Non

Mwen itilize: Chez woulant (Mwen ka transfere tet mwen: Wi Non) Woke/Kan
 Beki Chyen gid/Zannimo sevis

Mwen pa ka kite kabann: Wi Non

Mwen peze pliske 300 liv: Wi Non

Mwen soufri maladi swivan yo: (Tcheke tout sa ki aplikab)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladi Alzayme
<input type="checkbox"/> Koumansman <input type="checkbox"/> modere <input type="checkbox"/> avanse | <input type="checkbox"/> Ke
<input type="checkbox"/> estab <input type="checkbox"/> enstab | <input type="checkbox"/> Aksidan vaskile serebral (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Maladi Poumon Kwonik (COPD) | <input type="checkbox"/> Sevis dyaliz peritoneo anbilatwa kontinyel (CAPD) | <input type="checkbox"/> Fibwoz Sistik |
| <input type="checkbox"/> Demans | <input type="checkbox"/> Anfizem | <input type="checkbox"/> Dyabet
<input type="checkbox"/> Ensilin depandan
<input type="checkbox"/> Non-ensilin depandan |
| <input type="checkbox"/> Ranplasman jenou
<input type="checkbox"/> mwenske sis mwa
<input type="checkbox"/> pliske sis mwa | <input type="checkbox"/> Ranplasman hanch
<input type="checkbox"/> mwenske sis mwa
<input type="checkbox"/> pliske sis mwa | <input type="checkbox"/> Maladi newo-miskile
<input type="checkbox"/> koumansman <input type="checkbox"/> modere <input type="checkbox"/> avanse |
| <input type="checkbox"/> Maladi Parkinson
<input type="checkbox"/> koumansman <input type="checkbox"/> avanse | <input type="checkbox"/> Psikoz
<input type="checkbox"/> kontwole <input type="checkbox"/> san kontwol | <input type="checkbox"/> Kriz
<input type="checkbox"/> kontwole <input type="checkbox"/> san kontwol |

Lot: _____

Non moun kap ranpli fom lan: _____

Nimewo telefon:() _____

_____ **Seksyon sa a dwe ranpli pa dokte prensipal pasyan an. Tanpri ekri an let dotayo** _____

Non Dokte a: _____ **Telefon: ()** _____

Dyagnostik prime: _____

Dyagnostik segonde: _____

An tout konesans mwen ak kwayans mwen, enfomasyon ke mwen bay sou fom sa a korek epi yo konple.

Siyati Dokte: _____ **Dat:** _____

Nimewo Lisans Dokte a: _____

Siyati Aplikan ak Dekre Lwa sou Potabilite ak Responsabilite Asirans Medikal (HIPAA)

Mwen setifye ke enfomasyon sa yo korek. Mwen konprann ke baze sou aplikasyon sa a ak done enfomasyon ke mwen bay yo, Depatman Jesyon Dijans Konte Miami-Dade (MDC DEM) ap detemine ki asistans evakyasyon, si genyen, pwogram sa a ka ofri. **Mwen konprann ke mwen pa gen okenn depans ki asosye a sevis sant evakyasyon dezans Konte a oswa sevis transpo dezans yo. Sepandan, si kondisyon medikal mwen ta deteryore epi si yo ta etene mwen lopital pandan ke yap evakye mwen oswa pandan mwen nan yon sant evakyasyon, le sa a, map responsab depans lopital yo.** Mwen bay pemisyon a founise medikal yo, ajans transpotasyon ak de lot endividi kap ba mwen swen medikal pou divulge nenpot enfomasyon ki nesese pou reponn a bezwen mwen.

Realeman Konfidansyalite HIPAA: Jan ki define nan Lwa Potabilite ak Responsabilite Asirans Medikal (HIPAA) Regleman Konfidansyalite 1996, le mwen siyen Otorizasyon sa a, mwen isiba pemet itilizasyon oswa divulgasyon enfomasyon medikal mwen pa MDC DEM, pou yo kapab ba mwen asistans pandan evakyasyon dijans.

(Kontinye sou lot bd paj la)

Mwen konprann ke enfomasyon ki itilize oswa revele konfdmeman ak Otorizasyon sa a, ka sije ak divulgasyon pa benefisyè a pou koze evakyasyon,abri, transpdtasyon ak nenpot swen medikal dapre sevis sa yo.

Mwen konprann ke mwen gen dwa revoke Otorizasyon sa a nenpot kile sof nan limit ke MDC DEM te deja aji sou Otorizasyon an. Pou revoke Otorizasyon sa a, mwen konprann ke mwen fet pou mwen fe yon demann alekri bay Miami-Dade County Department of Emergency Management, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Attention: Special Needs Registry Coordinator.

Mwen konprann ke si mwen chwazi revoke Otorizasyon sa a, mwen pap fe pati Rejis Bezwen Espesyal al anko epi yo pap evakye mwen.

Siyati Aplikan: _____ **Dat:** _____

MDC DEM
Depatman Jesyon Dijans Miami-Dade
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178