HOUSING and COMMUNITY DEVELOPMENT

(Formerly known as Public Housing and Community Development)

EMERGENCY EVACUATION ASSISTANCE PROGRAM

APPENDIX III

OF THE

ADMISSIONS AND CONTINUED OCCUPANCY POLICY

Effective Date: July 1, 2025

This application is available in English, Spanish, and Haitian Creole. To request this material in alternate format such as Braille, Large Print or electronically, please call (305) 468-5900.
Esta planilla está disponible en inglés, español y Creole Haitiano. Para solicitar este material en otro formato como sistema Braille, letra grande de imprenta o de forma electrónica, llame al (305) 468-5900.
Aplikasyon sa a disponib an Angle, Espanyòl, ak Kreyòl Ayisyen. Pou fè demann materyèl sa a nan fòma altènatif tankou, Bray, Enprime an Gwo Lèt oswa Elektwonikman, tanpri rele (305) 468-5900.

Miami-Dade County
Emergency and Evacuation Assistance Program

Applicant Instructions and Information

The Emergency and Evacuation Assistance Program (EEAP) is designed for individuals living at home that need assistance with evacuation and sheltering. Additionally, the program may also be utilized post disaster to provide other assistance such as wellness checks. 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.

Please note that all Miami-Dade County residents are expected to make their own plans to evacuate their families and pets. It is important that everyone be responsible for their own safety and make a plan that includes where to go, who to contact, what to bring, and how to get there. However, the County realizes that some individuals may need assistance. Individuals meeting one of the following categories are eligible for assistance from the County:

- Those who require specialized transportation and/or have no transportation.
- Those whose medical needs prevent them from evacuating on their own.

Please note that upon processing your application, a representative from the Miami-Dade County Office of Emergency Management (OEM) will contact you if further clarification is necessary.

What You Should Know To Be Evacuation Ready:

- The EEAP registry is used for any emergency requiring evacuation.
- **Do not wait until an evacuation order is given to request being added to the Registry.**
- Resources are limited and pre-registered clients will have priority when an emergency arises.
- Evacuation centers do not offer the same level of care equipment available as 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 will be placed in participating local hospitals.
- **Due to a limited number of staff, we recommend that a caregiver accompany you and remain with you during your stay at the evacuation center to ensure your needs are met in a timely manners.**
- If you have a special diet, bring those dietary items with you so as you to ensure the highest level of comfort.
- Remember to bring a disaster kit that includes: bedding, medications, and personal supplies (food, water, and medical equipment).
- 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, please include their food and supplies in your disaster kit.

All sections of this application must be completed. If you require a higher level of medical care, your primary care physician (PCP) should complete and sign this application prior to submitting it to our office. If more than one person in your household requires medical 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 semi-annual basis to re-certify your need for this program. You do not need to complete an application every year. Should you have any questions, please call the EEAP Support Line at (305) 513-7700. Please **keep a copy of the complete application for your records** and mail the **original** to:

Miami-Dade County Office of Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street, Doral, FL 33178

This application is available in English, Spanish, and Haitian 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 Miami-Dade County 3-1-1 Answer Center by dialing 3-1-1 or calling (305) 468-5900 (TTY/TDD users call (305) 468-5402). For more information or to complete on line visit: **www.miamidade.gov/fire/eeap.asp**.

Application for the Emergency and Evacuation Assistance Program

PLEASE PRINT CLEARLY

Please read the instructions on page one and complete this application in full or it will be returned to you.

Which type of assistance are you interested in?

☐ **Evacuation Assistance** (doctor's signature may be necessary based on medical needs.)

☐ **Wellness Check** (to have someone contact you post-disaster)

Date of Application ____/____/____ **Are you a veteran of the US Armed Forces?** ☐ Yes ☐ No

Last Name _____ **First Name** _____ **Middle Initial** ____ **Sex** ☐ M ☐ F

Date of Birth ____/____/____ **Primary Language** _____

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

Address _____ **Apt #** _____ **Building #** _____

Name of Complex or Sub-division _____

City _____ **Zip Code** _____

Mailing Address *(if different from above)* _____

Home Telephone (____) _____ *(TTY/TDD line* ☐ Yes) **Alternate Phone** (____) _____

Living Situation ☐ Alone ☐ Relative ☐ Caregiver ☐ Other _____

Emergency Contacts:

Local _____ Relationship _____ Phone (____) _____

Non-Local _____ Relationship _____ Phone (____) _____

*****People who are only requesting a Wellness Check are encouraged but not required to continue completing the rest of the application.*****

Will you have a companion/caretaker accompanying you to the evacuation center? ☐ Yes ☐ No

Companion's name _____ Phone (____) _____

Transportation requirements

Do you require that transportation to an evacuation center be provided for you? ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, please state why.

☐ I do not have a car.

☐ I am unable to walk to a bus pickup point.

How many people need to be evacuated? _____

☐ I do not have anyone that can drive me.

☐ My medical needs prevent me from evacuating on my own.

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

☐ Personal care *(dressing/toileting)*

☐ Feeding

☐ Administering medication

☐ Airway suctioning

☐ Wound care

If yes, what type of wound:_____

☐ Mobility *(walking/transferring)*

☐ Visual guidance (☐ *blind* ☐ *visual impairment*)

☐ Communicating (☐ *deaf* ☐ *nonverbal*)

☐ Skilled medical care *(☐ intermittent ☐ continuous)*

☐ Mental health care *(☐ intermittent ☐ continuous)*

☐ Other (please explain): _____

I use: ☐ Wheelchair *(I can transfer myself* ☐ Yes ☐ No) ☐ Walker ☐ Cane ☐ Crutches

☐ Other Durable Medical Equipment *(specify)* _____ ☐ Service animal

Do you require oxygen? ☐ Intermittent ☐ Continuous ☐ No

Oxygen Provider _____ *Phone (____)* _____

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 *If yes, how many hours a day?* _____

Agency _____ *Phone (____)* _____

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*
- ☐ **Dementia**
- ☐ **Cerebral Palsy**
- ☐ **Psychosis**
  - ☐ *controlled* ☐ *uncontrolled*
- ☐ **Parkinson's Disease**
  - ☐ *early* ☐ *moderate* ☐ *advanced*
- ☐ **Neuro-muscular disorders**
  - ☐ *early* ☐ *moderate* ☐ *advanced*
- ☐ **Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)** *(Chronic Bronchitis / Emphysema)*
  - ☐ *intermittent oxygen*
  - ☐ *continuous oxygen*
- ☐ **Cardiac**
  - ☐ *stable* ☐ *unstable*
- ☐ **Dialysis**
- ☐ **Knee replacement**
  - ☐ *ambulatory*
  - ☐ *non-ambulatory*
- ☐ **Hip replacement**
  - ☐ *ambulatory*
  - ☐ *non-ambulatory*
- ☐ **Cerebrovascular Accident (CVA)**
- ☐ **Cystic Fibrosis**
- ☐ **Diabetes**
  - ☐ *Insulin dependent*
  - ☐ *Non-insulin dependent*
- ☐ **Seizures**
  - ☐ *controlled* ☐ *uncontrolled*
- ☐ **None**

Other _____

For evacuees requiring enhanced medical care, this section should be completed by the patient's primary care physician (PCP) or home health care nurse.

PLEASE PRINT CLEARLY

Physician/Nurse's Name _____ Phone (____) _____

Primary Diagnosis _____

Secondary Diagnosis _____

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

Signature _____ **Date** _____

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, Miami-Dade County will determine which emergency and 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 I should need emergency medical treatment while being evacuated or at an evacuation center, then I will be responsible for the applicable 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 with 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 Miami-Dade County, in order to provide me assistance during emergency evacuations. 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 Miami-Dade County has already acted in reliance on the Authorization. *To revoke this Authorization, I understand that I must do so by written request to Miami-Dade County Office of Emergency Management, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178. Attention: EEAP.*

I understand that if I choose to revoke this Authorization, I will not receive evacuation assistance.

Signature of Applicant: _____ Date: _____

Name of person completing this application *(if not the patient's primary physician or home health care nurse):*

Name _____ **Phone** (____) _____

Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41st Street
Miami Florida 33178-2312
125_01-220 7/15

Condado de Miami-Dade
Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias
Instrucciones e información para el solicitante

El Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias (EEAP) está concebido para las personas que vivan en sus hogares y que necesiten asistencia para ser evacuados y acudir a un refugio. Además, el programa también puede ser utilizado para recibir una llamada y asi comprobar que todo esté bien después de un desastre. Los residentes de intalaciones de residencia asistida (ALF, sigla en ingles) o residencias para la tercera edad no califican para este programa debido a que estos negocios tienen sus propios planes de emergencia para asistir a sus clientes.

Por favor, tenga en cuenta que se espera que todos los residentes del Condado de Miami-Dade elaboren sus propios planes para evacuar a sus familias y mascotas. Es importante que todas las personas se responsabilicen por su propia seguridad y que elaboren un plan que incluya dónde ir, a quién contactar, que artículos traer y cómo llegar al sitio. Sin embargo, el Condado entiende que algunas personas pueden necesitar asistencia. Las personas que cumplan con una de las siguientes categorías pueden recibir asistencia del Condado:

- Personas que necesiten transporte especial y/o que no tengan medios de transporte.
- Personas cuyas necesidades médicas les impidan evacuarse por sí mismos.

Por favor, tenga en cuenta que al tramitar su solicitud, un representante de La Oficina de Manejo de Emergencias (OEM) del Condado de Miami-Dade se comunicará con usted de ser necesaria una mayor aclaración.

Lo que debe saber para estar listo en caso de una evacuación:

- El registro del Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias (EEAP) se utiliza para cualquier situación de emergencia que requiera evacuación.
- **No espere hasta que se emita una orden de evacuación para pedir que se le incluya en el registro del programa EEAP.**
- Los recursos son limitados; por lo tanto, las personas inscritas tendrán prioridad en caso de emergencia.
- En los centros de evacuación no se ofrece el mismo nivel de atención o tecnología de equipos disponibles que existen en las instalaciones de atención médica.
- Solamente se cuenta con la atención y asistencia médica básicas.
- Las camas y catres mejorados para personas con necesidades especiales se ofrecen de manera limitada.
- A las personas que necesiten un nivel de atención médica superior se les dará refugio en hospitales locales que participen en el programa.
- **Debido al número limitado de personal, le sugerimos que su cuidador le acompañe y permanezca con usted durante su estadía en el centro de evacuación para garantizar que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.**
- Si usted sigue una dieta especial, traiga esos alimentos dietéticos para asegurarse de tener el mayor nivel de comodidad posible.
- Recuerde traer un maletín para desastres con los siguientes artículos: ropa de cama, medicamentos y suministros personales (alimentos, agua y equipos médicos).
- Asegúrese de ingerir alimentos antes de salir de su vivienda.
- En todos los centros para evacuación del Condado de Miami-Dade se admiten personas acompañadas con animales de servicio.
  — Si usted tiene un animal de servicio, por favor, incluya sus alimentos y suministros en el maletín para desastres.

Es necesario completar todas las secciones de esta solicitud. Si usted necesita un nivel de atención médica superior, su médico de cabecera (PCP) debe llenar y firmar esta solicitud antes de enviarla a nuestra oficina. Si más de una persona en su hogar necesita asistencia médica durante la evacuación, cada una de esas personas debe llenar una planilla por separado. Se le enviarán por correo las instrucciones especiales una vez tramitada su solicitud.

A usted se le llamará semestralmente para que vuelva a afirmar la necesidad de seguir participando en este programa. No es necesario que llene una solicitud cada año. Si tiene alguna pregunta, llame a la Línea de Ayuda de EEAP al 305-513-7700. Por favor, **guarde una copia de esta solicitud rellenada para su uso personal y envíe por correo el original a:**

Miami-Dade County Office of Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street, Doral, FL 33178

Esta planilla está disponible en inglés, español y Creole Haitiano. Para solicitar este material en otro formato como sistema Braille, letra grande de imprenta o de forma electrónica, llame al (305) 468-5900.

Si necesita consejos sobre preparación en caso de desastres, llame al Centro de Información 3-1-1 del Condado de Miami-Dade, marcando 3-1-1 o el (305) 468-5900 (los usuarios del sistema TTY/TDD deben llamar al (305) 468-5402). Para más información o para completar la solicitud en línea, visite: **www.miamidade.gov/fire/eeap.asp**.

Solicitud del Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE

Sírvase leer las instrucciones en la página uno y llene esta solicitud completamente, de lo contrario se le devolverá.

¿Qué tipo de asistencia le interesaría recibir?

☐ **Asistencia para evacuación** (se requiere la firma del médico en dependencia de las necesidades médicas)

☐ **Llamadas por telefono para saber si esta bien** (para que alguien lo llame posterior a un desastre.)

Fecha de solicitud ____/____/____ **¿Es usted veterano del ejército de EE.UU?** ☐ Sí ☐ No

Apellido _____ **Nombre** _____ **Inicial** ____ **Sexo** ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Idioma primario** _____

Tipo de vivienda ☐ Casa/Dúplex ☐ Apto/Condominio (Piso ____) ☐ Casa móvil/Tráiler

Dirección _____ **# Apto** _____ **#Edificio** _____

Nombre del complejo o subdivisión _____

Ciudad _____ **Código postal** _____

Dirección postal *(si es diferente de la anterior)* _____

Teléfono de la casa (____) _____ *(Línea TTY/TDD* ☐ Sí) **Otro teléfono** (____) _____

Condición de vivienda ☐ Solo ☐ Con familiar ☐ Cuidador ☐ Otra opción _____

¿Un acompañante/cuidador irá con usted al centro de evacuación? ☐ Sí ☐ No

Nombre del acompañante _____ Teléfono(____)_____

Persona a quién se debe contactar en caso de emergencia:

En su área _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

Fuera de su área _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

*****Se les recomienda a aquellas personas que solo estén solicitando una llamada por teléfono para saber si están bien, que terminen de completar el resto de la solicitud, aunque no es obligatorio hacerlo.*****

Requisitos de transporte

¿Usted necesita que le transporten a un centro de evacuación? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si dijo sí, por favor diga el motivo.

☐ No tengo automóvil.

☐ No puedo caminar hasta el punto de recogida del bus.

¿Cuántas personas hay que evacuar? _____

☐ No conozco a nadie que me pueda transportar.

☐ Mis necesidades médicas me impiden evacuarme por mí mismo.

¿Qué tipo de asistencia necesita usted a diario? *(Marque todas las que correspondan*

☐ Atención personal *(vestirse/ir al baño)*

☐ Alimentación

☐ Administración de medicamentos

☐ Succión de vía respiratoria

☐ Cuidado de heridas

Si dijo sí, qué tipo de herida:_____

☐ Movilidad *(caminar/traslados)*

☐ Guía visual *(☐ ciego ☐ con deficiencia visual)*

☐ Comunicación *(☐ sordo ☐ incapaz de expresarse)*

☐ Atención médica especial *(☐ intermitente ☐ continua)*

☐ Atención médica mental *(☐ intermitente ☐ continua)*

☐ Otra (*especifíque*): _____

Yo uso ☐ Silla de ruedas *(Me puedo trasladar sin ayuda* ☐ Sí ☐ No) ☐ Andador ☐ Bastón ☐ Muletas

☐ Otro equipo médico duradero *(especifíque)* _____ ☐ Animal de servicio

¿Necesita usted oxígeno? ☐ Intermitente ☐ Continuo ☐ No

Proveedor del oxígeno _____ *Teléfono(___)* _____

¿Usa usted equipo médico que funciona con electricidad? ☐ Sí ☐ No *(☐ intermitente ☐ continuo)*

Especifique el tipo de equipo médico _____

¿Recibe usted atención médica para enfermos terminales o en el hogar? ☐ Sí ☐ No *Si dijo sí, ¿cuántas horas al día?* _____

Agencia _____ *Teléfono (___)* _____

Estoy confinado(a) a mi cama ☐ Sí ☐ No **Peso más de 300 libras** ☐ Sí ☐ No

Tengo las siguientes enfermedades *(Marque todas las que correspondan)*

☐ **Enfermedad de Alzheimer**
☐ *inicial* ☐ *moderada* ☐ *avanzada*
☐ **Demencia**
☐ **Parálisis cerebral**
☐ **Psicosis**
☐ *controlada* ☐ *no controlada*
☐ **Enfermedad de Parkinson**
☐ *inicial* ☐ *moderada* ☐ *avanzada*
☐ **Trastornos neuromusculares**
☐ *iniciales* ☐ *moderados*
☐ *avanzados*

☐ **Obstrucción pulmonar crónica (COPD**
(Bronquitis/ Enfisema crónicos)
☐ *oxígeno intermitente*
☐ *oxígeno continuo*
☐ **Cardíaca**
☐ *estable* ☐ *no estable*
☐ **Diálisis**
☐ **Remplazo de rodilla**
☐ *ambulatorio*
☐ *no ambulatorio*

☐ **Remplazo de cadera**
☐ *ambulatorio*
☐ *no ambulatorio*
☐ **Accidente cerebrovascular (CVA)**
☐ **Fibrosis cística**
☐ **Diabetes**
☐ *Dependiente de insulina*
☐ *No dependiente de insulina*
☐ **Epilepsia**
☐ *controlado* ☐ *no controlado*
☐ **Ninguna**

Otra enfermedad _____

Para los evacuados que necesiten atención médica avanzada, esta sección debe ser rellenada por el médico de cabecera (PCP) del paciente o por el enfermero en el hogar.

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE

Nombre del médico/enfermero _____ ☐*Teléfono* (____) _____

Diagnóstico primario _____

Diagnóstico secundario _____

A mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta planilla es correcta e íntegra.

Firma _____ **Fecha** _____

Número de licencia _____

Firma del solicitante y Regla de Privacidad (HIPAA) (Health Insurance and Accountability Act)

Certifico que esta información es correcta. Entiendo que, teniendo en cuenta esta solicitud y la información que he proporcionado, el Condado de Miami-Dade determinará qué tipo de asistencia para evacuación, si hubiera, se ofrecerá mediante este programa. **Entiendo que no hay costo alguno relacionado con el uso de cualquiera de los centros para evacuación en caso de desastres o los servicios de transporte del Condado. No obstante, en caso de que mi estado de salud empeorara y yo necesitara recibir tratamiento médico de emergencia durante la evacuación o en cualquier centro de evacuación, yo tendré la responsabilidad de pagar los cargos correspondientes incurridos una vez "que se me acepte como paciente" en un hospital**. Otorgo mi autorización a los profesionales de la salud, a las agencias de transporte y a otras personas que me brindan atención médica para divulgar cualquier información necesaria a fin de que puedan atender mis necesidades.

Ley de Privacidad de HIPAA: Según se define en la Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, al firmar esta autorización, por la presente yo autorizo el uso y la divulgación por parte del Condado de Miami-Dade de mi información médica a fin de brindarme asistencia durante evacuaciones por casos de emergencia. Entiendo que la información utilizada o divulgada, conforme a esta autorización, puede estar sujeta a su divulgación por parte del receptor, con fines de evacuación, refugio, transporte o cualquier tipo de atención médica, según estos servicios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Condado de Miami-Dade haya emprendido medidas basándose en esta autorización. Entiendo que para revocar esta autorización debo presentar una petición por escrito en la Oficina de Manejo de Emergencias del Condado de Miami-Dade, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178. Atención EEAP.

Entiendo que si elijo revocar esta autorización, no recibiré asistencia para evacuación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre de quien llena esta solicitud *(si no es el médico de cabecera del paciente o el enfermero en el hogar):*

Nombre _____ **Teléfono** (____) _____

Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41st Street
Miami Florida 33178-2312
125_01-222 7/15

MIAMI-DADE COUNTY

Delivering Excellence Every Day

Konte Miami-Dade
Pwogram Asistans Evakyasyon Ka Dijans

Enstriksyon ak Enfòmasyon Aplikan

Pwogram Asistans Evakyasyon pou Ka Dijans (E&EAP) la te kreye pou moun ki gen bezwen espesyal k ap viv nan kay ki bezwen asistans pou evakye. Anplis de sa, yo ka itilize pwogram lan apre yon katastwòf pou ofri lòt asistans. Aplikan ki elijib yo se dè moun ki gen yon pwoblèm medikal ki fè ke yo bezwen lojman abri espesyalize ki pa disponib nan yon sant evakyasyon siklòn. Moun k ap viv nan sant ki bay asistans medikal (ALF) yo oswa mezon retrèt yo pa kalifye pou pwogram sa a paske, biznis sa yo fèt pou gen pwòp plan dijans yo pou kliyan yo.

Pa bliye tout moun ki rete Miami-Dade dwe prepare plan pa yo pou yo deside pou kont yo evakye fanmi yo ak bèt kay yo genyen. Sa enpòtan pou tout moun sonje se yo ki reskonsab pwoteje tèt yo epi prepare yon plan ki montre kote nou fè lide ale, ki moun pou nou kontakte, sa pou n pote, epi ki jan pou n al kote nou fè lide ale a. Se moun ki gen youn nan kalifikasyon sa yo sèlman k ap kapab jwenn èd nan men reprezantan Konnti a:

- Moun ki bezwen transpò espesyal oubyen ki pa gen mwayen transpò ditou.
- Moun sante yo anpeche yo evakye kote yo ye a poukont yo san moun pa ede yo.

Pa bliye kou yo fin gade aplikasyon w lan, yon reprezantan Biwo kontwòl Ijans nan Miami-Dade (MDEM) va kontakte wou si yo ta bezwen plis detay nan men ou.

****

Nou ka itizilize rejis E&EAP a pou nenpòt ka dijans ki mande evakyasyon, tankou inondasyon, siklòn oswa debòdman pwodwi danjre, tankou fwit gaz. Resous yo limite, kidonk moun ki enskri yo ap gen priyorite lè gen yon ijans. **Pa tann se lè yo bay lòd evakyasyon pou w mande ajoute non w nan Rejis la.**

Sant Evakyasyon yo ap disponib sèlman kòm yon dènye rekou pou moun ki pa gen okenn lòt kote pou yo ale. Si w bezwen evakye, ou ta dwe premye chèche refij avèk fanmi w, zanmi w oswa òganizasyon kominotè yo. Sant Evakyasyon yo pa ofri menm nivo swen oswa ekipman ak sa ki disponib nan etablisman swen medikal yo. Sant la gen disponib sèlman swen medikal ak asistans de baz. Gen kabann ak kad ki ranfòse pou moun ak bezwen espesyal, men kantite yo limite. Moun ki bezwen yon nivo swen medikal ki pi wo, tankou oksijèn kontinyèl, 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. **Akòz yon kantite limite nan anplawye yo, nou rekòmande ke yon moun kap bay swen akonpaye w epi yo rete ak w pandan sejou w nan sant evakyasyon an asire w bezwen yo te rankontre nan yon fason apwopriye.**

Si wap swiv yon rejim alimantè espesyal, yo rekòmande ke w pote pwòp manje w pou asire ke w viv nan bon konfò pandan peryòd evakyasyon lwen lakay w an. Tanpri sonje pote yon twous pou dezas ki gen ladan: kouvèti kabann, medikaman ak pwovizyon bezwen espesyal (manje, dlo, ak ekipman medikal). Tanpri asire w ke w manje yon repa konplè anvan w kite lakay w. Tout sant evakyasyon Konte Miami-Dade yo asepte zannimo sèvis yo. Si w gen yon zannimo sèvis, pa bliye pote pwovizyon pou li tou nan twous pou dezas w an.

Tout seksyon yo nan aplikasyon sa a fèt pou ranpli konplètman. Si w merite èd medikal ki nan yon degre ki pi wo, medsen Swen Primè (PCP) w la fèt pou ranpli epi siyen aplikasyon an anvan w soumèt li bay biwo nou an. Si gen pliske yon moun nan kay la ki bezwen asistans pandan evakyasyon, yo chak fèt pou ranpli yon aplikasyon apa. Yap poste enstriksyon espesyal voye ba w yon fwa ke nou fini regle aplikasyon w la.

Nap kontakte w chak ane pou re-sètifye pou pwogram sa a. Ou **pa** bezwen ranpli yon aplikasyon chak ane. Si w gen kesyon oubyen si w bezwen plis enfòmasyon, tanpri rele Liy Dirèk 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 Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street, Miami, FL 33178

Aplikasyon sa a disponib an Angle, Espanyòl, ak Kreyòl Ayisyen.
Pou fè demann materyèl sa a nan fòma altènatif tankou, Bray, Enprime an Gwo Lèt oswa Elektwonikman, tanpri rele (305) 468-5900.

Si w bezwen konsèy sou reparasyon dezas, kontakte Sant Enfòmasyon an nan 3-1-1 oswa rele (305) 468-5900 (itilizatè TTY/TDD yo rele (305) 468-5402). Epitou, ou ka ale sou sitwèb nou an pou plis enfòmasyon: www.miamidade.gov/oem

Aplikasyon pou Pwogram Asistans Evakyasyon Dijans

TANPRI EKRI BYEN KLÉ

Tanpri li enstriksyon ak enfòmasyon yo anvan w ranpli fòm sa a. Fòm sa a fèt pou ranpli okonplè si non yap voye li retounen ba w.

Ki kalite asistans ou bezwen?

☐ **Asistans pou Evakye** (ou ka bezwen siyati medsen toudepan bezwen medikal ou.)

☐ **Egzamen Prevantif** (pou yon moun kontakte w apre yon katastwòf)

Dat Aplikasyon an: ____/____/____ **Èske w se yon veteran Fòs Lame Ameriken?** ☐ Wi ☐ Non

Siyati: _____ **Prenom:** _____ **Inisal Dezyé Non:** ____ **Séks:** ___G ___F

Dat Nesans: ____/____/____ **Lang Manman ou:** _____

Kalite Rezidans: ☐ Kay/Diplèks ☐ Apt/Kondo *(Ki etaj?* ____*)* ☐ Kay Mobil Home/Trelè

Adrès:_____ **Apt #:**_____ **katye kote #:** _____

Non katye kote w rete a: _____

Vil: _____ **Zipkòd:** _____

*Adrès Postal (si diferan de sa ki an wo an):*_____

Telefòn Domisil: (_____)_____(Liy *TTY/TDD* ☐ Yes) **Telefòn Altènatif:** (_____)_____

Ak ki moun w abite: ☐ Poukont ou ☐ Ak fanmi ☐ Ak yon moun k ap okipe w ☐ Ak lòt moun _____

Èske w gen yon moun kap akonpaye w al nan sant evakyasyon? ☐ Yes ☐ No

Non moun w ap viv avè l la:_____Telefòn:_____

Kontak Dijans: Lokal: _____Relasyon: _____Telefòn:_____

Ki pa-Lokal: _____Relasyon: _____Telefòn:_____

TRANSPÒTASYON kondisyon

Èske w bezwen yo ba w transpò pou w al nan yon abri? ☐ Wi ☐ Non

Si w reponn wi, tanpri di pou ki sa?: ***Konbyen moun ki bezwen èd pou yo evakye?*** _____

☐ Mwen pa gen machin.
☐ Mwen pa kab mache al kote y ap vin pran moun yo.
☐ Mwen pa gen okenn moun pou ban m woulib.
☐ Eta sante m anpeche m evakye pou kont mwen.

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

☐ Swen pèsonèl *(abiye / twalèt)*
☐ Manje
☐ Pran medikaman
☐ Pasaj aspirasyon
☐ Swaye blesi
*Si wi, ki kalite blesi:*_____

☐ Mobilite (mache/transfere)
☐ Konsèy: *(☐ avèg ☐ pa wè byen)*
☐ Kominike: *(☐ soud ☐ bèbè)*
☐ Swen medikal espesyalize:
(☐ tanzantan ☐ kontinyèlman)
☐ Swen Mantal:
(☐ tanzantan ☐ kontinyèlman)

☐ Lòt *(tanpri eksplike):* _____

Mwen Itilize: ☐ Chez woulant (Mwen ka transfere tèt mwen)*:* ☐ Wi ☐ Non) ☐ Wòkè ☐ Kàn ☐ Beki

☐ Lòt Ekipman Medikal Dirab *(espesifye):*_____ ☐ Chyen gid/Zannimo sèvis

Èske w bezwen oksijèn? ☐ tanzantan ☐ kontinyèlman

Founisè Oksijèn: _____*Telefòn:*_____

Èske w itilize ekipman medikal ki bezwen kouran pou fonksyone? ☐ Wi ☐ Non (☐ tanzantan ☐ kontinyèlman)

Espesifye ki ekipman ki bezwen kouran:_____

Èske w resevwa swen ospis oswa swen medikal lakay w? ☐ Wi ☐ Non Si wi, *konbyen èdtan pa jou?*_____

Ajans: _____*Telfòn:* _____

Mwen pa ka kite kabann: ☐ Wi ☐ Non **Mwen peze pliske 300 liv:** ☐ Wi ☐ Non

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

- ☐ **Maladi Alzaymè**
  ☐ *koumansman* ☐ *modere*
  ☐ *avanse*
- ☐ **Kè**
  ☐ *estab* ☐ *enstab*
- ☐ **Aksidan Vaskilè Serebral**
- ☐ **Demans**
- ☐ **Dyaliz**
- ☐ **Fibwoz Sistik**
- ☐ **Paralezi Serebral**
- ☐ **Ranplasman jenou**
  ☐ *mwenske sis mwa*
  ☐ *pliske sis mwa*
- ☐ **Dyabèt**
  ☐ *Ensilin depandan*
  ☐ *Non-ensilin depandan*
- ☐ **Psikoz**
  ☐ *kontwole* ☐ *san kontwol*
- ☐ **Maladi Parkinson**
  ☐ *koumansman* ☐ *modere*
  ☐ *avanse*
- ☐ **Ranplasman hanch**
  ☐ *mwenske sis mwa*
  ☐ *pliske sis mwa*
- ☐ **Kriz**
  ☐ *kontwole* ☐ *san kontwol*
- ☐ **Maladi newo-miskilè**
  ☐ *koumansman* ☐ *modere*
  ☐ *avanse*
- ☐ **Maladi Poumon Kwonik (COPD)** *(Bwonchit Kwonik/Anfizèm)*
  ☐ *oksijèn tanzantan* ☐ *oksijèn kontinyèlman*

Lòt: _____

POU MOUN KI EVAKYE BEZWEN ENHANCED SWEN MEDIKAL, SEKSYON SA A DWE RANPLI PA DOKTÈ PRENSIPAL PASYAN AN OSWA ENFIMYÈ KAY KI BAY SWEN SANTE.

TANPRI EKRI BYEN KLÈ

Non Doktè/Enfimyè: _____ **Telefòn: (____)**_____

Dyagnostik Primè: _____

Dyagnostik Segondè: _____

An tout konesans mwen ak kwayans mwen, enfòmasyon ke mwen bay sou fòm sa a kòrèk epi yo konplè.

Siyen la: _____ **Dat:** _____

Nimewo Lisans: _____

Siyati Aplikan ak Dekrè Lwa sou Pòtabilite ak Responsabilite Asirans Medikal (HIPAA)

Mwen sètifye ke enfòmasyon sa yo kòrèk. Mwen konprann ke baze sou aplikasyon sa a ak done enfòmasyon ke mwen bay yo, Miami-Dade pou Administrasyon Ijans (MDEM) ap detèmine ki asistans evakyason, si genyen, pwogram sa a ka ofri. **Mwen konprann ke mwen pa gen okenn depans ki asosye a sèvis sant evakyasyon dezas Konte a oswa sèvis transpò dezas yo. Sepandan, si kondisyon medikal mwen ta deteryore epi si yo ta etène mwen lopital pandan ke yap evakye mwen oswa pandan mwen nan yon sant evakyasyon, lè sa a, map responsab depans lopital yo.** Mwen bay pèmisyon a founisè medikal yo, ajans transpòtasyon ak dè lòt endividi kap ba mwen swen medikal pou divulge nenpòt enfòmasyon ki nesesè pou reponn a bezwen mwen.

Règleman Konfidansyalite HIPAA: Jan ki define nan Lwa Pòtabilite ak Responsabilite Asirans Medikal (HIPAA) Règleman Konfidansyalite 1996, lè mwen siyen Otorizasyon sa a, mwen isiba pèmèt itilizasyon oswa divilgasyon enfòmasyon medikal mwen pa MDEM, pou yo kapab ba mwen asistans pandan evakyasyon dijans. Mwen konprann ke enfòmasyon ki itilize oswa revele konfòmeman ak Otorizasyon sa a, ka sijè ak divilgasyon pa benefisyè a pou koze evakyasyon, abri, transpòtasyon ak nenpòt swen medikal dapre sèvis sa yo. Mwen konprann ke mwen gen dwa revoke Otorizasyon sa a nenpòt kilè sof nan limit ke MDEM te deja aji sou Otorizasyon an. Pou revoke Otorizasyon sa a, mwen konprann ke mwen fèt pou mwen fè yon demann alekri bay Miami-Dade Emergency Management, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Attention: *Vulnerable Populations Coordinator.*
Mwen konprann ke si mwen chwazi revoke Otorizasyon sa a, mwen pap fè pati Rejis Bezwen Espesyal al ankò epi yo pap evakye mwen.

Siyati Aplikan: _____ **Dat**: _____

Non moun ki ranpli aplikasyon sa a *(si se pa prensipal doktè pasyan an oswa enfimyè kay ki bay swen sante):*

NON _____ **Telefòn: (____)**_____

MIAMI-DADE COUNTY

Delivering Excellence Every Day

Miami-Dade Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178-2414