Округ Сарасота

# Заявка на Медицинское Обслуживание Округа Сарасота

*ПОЖАЛУЙСТА, НАПИШИТЕ ИЛИ НАПЕЧАТАЙТЕ ЧЕТКО*

Данная форма должна быть представлена на рассмотрение, чтобы определить вашу правомочность для получения медицинской помощи в центрах эвакуации (ранее известных как Приюты Особых Потребностей).

Примечание: Хосписные пациенты обращаются к вашему социальному работнику или менеджеру по делам до подачи заявки.

**Управление по Чрезвычайным Ситуациям уполномочено Уставом Флориды вести добровольный реестр лиц, которым потребуется помощь во время экстренной эвакуации. Записи, касающиеся регистрации инвалидов, освобождаются от Положений Ф.С. 119.07 (1) Закона о Публичных Записях**

Или отправить заполненную форму по почте:
6050 Портер Вей Сарасота Флорида 34232
Факс: (941)861-5501 Эл.
почта: PSN@scgov.net

| Контактная Информация | |
|---|---|
| Имя: | Фамилия: |
| Дата Рождения: Месяц: ▼ День: ▼ Год: | |
| Основной Телефон: | Дополнительный Телефон: |
| Адрес электронной почты: | |
| Улица и номер дома: | |
| | |
| Город: | Штат: Индекс: |
| Тип Дома: ☐ Промышленный/Передвижной ☐ Апартаменты/Многоквартирный ☐ Дом/Дуплекс<br>Если вы живете в многоквартирном дома, вам нужен/ вы используете лифт? | |
| Вы говорите по-английски? ☐ Да ☐ Нет | |
| Если вы не говорите по-английски, на каком языке вы говорите? | |
| В настоящее время вы получаете медицинскую помощь на дому? ☐ Да ☐ Нет | |

Если да, причина медицинской помощи на дому (что они делают для вас)?

Название учреждения медицинского обслуживания на дому:

Телефон учреждения медицинского обслуживания на дому:

У вас есть обученная собака, согласно ADA? ☐ Да ☐ Нет

**ПРИМЕЧАНИЕ. Содержание, предоставление комфорта и забота о животных не предусмотрены, если они не определены как служебные животные в соответствии с ADA (Закон о правах американских граждан с ограниченными возможностями), они будут размещены в качестве домашних животных.**

Вам требуется перевозка в центр эвакуации? Да ☐ Нет

В случае необходимости перевозки, вам нужен лифт для инвалидных колясок?

## Контакты Сиделки и Экстренной Помощи

Имя Сиделки: Фамилия:

Кем приходится вам сиделка:

Номер телефона сиделки:

Имя человека для экстренной помощи (кроме сиделки):

Имя: Фамилия:

Телефон Экстренной Помощи:

Общее количество лиц, эвакуирующихся с вами (только супруг/а, сиделка и дети (школьного возраста и младше):

Если вы не сможете вернуться домой из центра эвакуации из-за повреждения, у вас есть место, куда пойти? Укажите контактное имя, телефон, адрес, если возможно:

## Медицинские Потребности

Спасательные устройства, зависящие от электроснабжения (проверьте все, что используется):

☐ Кислород/Концентратор кислорода (если используется более 5 литр/мин, смотри следующий раздел)

Если кислород проверен выше, количество литров в минуту?

Как часто вам нужен кислород? ☐ 24/7 Непрерывно ☐ Только ночью ☐ Периодически

☐ Насос (Перитонеальный диализ /Внутривенно/Кормление)

☐ Аспирация

☐ Электрическое кресло-коляска

☐ Хойер (Примечание: персонал центра эвакуации НЕ работает с подъёмником Хойера)

☐ Другое: (Примечание: при перечислении определенных процедур, укажите частоту [например, ежедневно, периодично, по мере необходимости])

Медицинские Вопросы:

- [ ] Зависимый от инсулина
  - [ ] Применение собственных лекарств
  - [ ] Нужен специалист для введения лекарств
  - Вы вызвали 911 в течение последних 12 месяцев из-за низкого уровня сахара в крови?
  - [ ] Деменция/Болезнь Альцгеймера (сиделка должна присутствовать с вами полный рабочий день в эвакуационном центре)
  - [ ] Открытые раны/пролежни (язвы кожи), которые требуют профессионального ухода
- [ ] Гемодиализ
  - Имя Лица, осуществляющего Диализ:
  - Телефон Лица, осуществляющего Диализ:
  - Дата последнего курса диализа: (требуется только при подаче заявки в течение 24-48 часов после открытия центра эвакуации)
- [ ] Колостомия
- [ ] Полостный Катетер
- [ ] Страдающий недержанием мочи или кала
- [ ] Паралич
- [ ] Инфекционные респираторные заболевания или раны (требуется только при подаче заявки в течение 24-48 часов после открытия центра эвакуации)
- [ ] Операция в течение последних 7 дней (требуется только для последней регистрации)
  - Тип операции:

Подвижность:

- [ ] Нужна помощь, чтобы сидеть/подниматься/перемещаться/ходить в туалет/гулять (Примечание: персонал центра эвакуации не может помочь с подъёмником Хойера)
  - Если вам нужна помощь, чтобы сидеть/подниматься/перемещаться, сколько людей вам необходимо для оказания помощи:
- [ ] Можете легко преодолевать большие расстояния (т.е. футбольное поле) без дополнительной помощи
- [ ] Кресло-коляска или скутер и возможность самообслуживания

## Передовые Медицинские Потребности

Подвижность:

- [ ] Прикованный к постели
- [ ] Габаритный (невозможно переместить без оборудования)
- [ ] Прикованный к инвалидному креслу (невозможно перемещать без оборудования)
- [ ] Более 450 фунтов и нуждаются в помощи при ходьбе/передвижении

Респираторный:

- [ ] Кислород более 5 литров в минуту
  - Кислород литр/мин:
- [ ] Вентилятор

## Домашние животные

Все домашние животные ДОЛЖНЫ быть полностью иммунизированы, укомплектованы и снабжены всеми необходимыми принадлежностями (питание не предоставляется). Питомцы будут содержаться в специально отведенных местах для животных, а не в помещениях с физическими лицами, если только это не служебные животные.

ПРИМЕЧАНИЕ: домашние животные НЕ ДОПУСКАЮТСЯ в центрах эвакуации с передовыми медицинскими потребностями. Вы будете уведомлены о месте вашего назначения и политике домашних животных для этого местоположения, если это будет предусмотрено программой медицинского обслуживания.

Есть ли у вас домашние животные? ☐ Да ☐ Нет

Все собаки будут эвакуированы с вами?

Все кошки будут эвакуированы с вами?

Можете ли вы заботиться о своем питомце(ах) самостоятельно? ☐ Да ☐ Нет, нужна помощь

## Пожалуйста, прочитайте перед подачей заявки:

Подавая эту заявку, я соглашаюсь с тем, что я прочитал и понял следующее:

- Что я буду спать на нижней койке и что я единственный человек, кому гарантирована койка.
- Я понимаю, что моей сиделке может быть предоставлена койка, если она будет доступна. Койка не предоставляется сопровождающим членам семьи.
- Что моя обязанность заключается в том, чтобы подготовить маршрут, куда я могу направиться, если я не смогу попасть домой из центра эвакуации из-за отключения электричества или повреждения.
- Я понимаю, что, когда центр эвакуации начнет работу, со мной свяжутся только один раз, чтобы узнать, буду ли я эвакуироваться, и понадобится ли мне транспортировка в центр эвакуации в округе. Если я откажусь или не смогу принять решение сразу, другой транспорт в центр эвакуации может не предвидеться округом или быть предоставлен за мой счет.
- Моя обязанность - обеспечить себя всеми необходимыми продуктами питания, согласно диетическим ограничениям, то же самое относится к моей сиделке и членам семьи.
- Я несу ответственность за свои устройства передвижения (ходунки, инвалидные коляски и т. д.).
- Я понимаю, что место в центре эвакуации ограничено, и возьму с собой только один чемодан с одеждой, пижамой, туалетными принадлежностями, лекарствами, подушками, одеялом и тихими реквизитами для досуга (книги, пазлы и т. д.).
- Я понимаю, что если я нахожусь на кислородном обеспечении, то я обязан связаться с поставщиком кислорода, чтобы запастись дополнительными резервуарами до начала тропического шторма/урагана.

Пожалуйста, введите ваше полное имя ниже, чтобы указать, что вы прочитали и поняли написанное выше. Если вы подаете заявку от чьего-либо имени, введите свое имя ниже, а также название вашего агентства или отношение к заявителю.

Полное Имя:

Агентство/Отношение к заявителю:

Нажмите ниже, чтобы отправить заполненную форму по электронной почте:

Отправить по электронной

Нажмите ниже, чтобы сохранить форму и завершить ее позже:

Сохранить почте

Округ Сарасота запрещает дискриминацию во всех службах, программах или мероприятиях по расовому признаку, цвету кожи, национальному происхождению, возрасту, инвалидности, полу, семейному статусу, семейному положению, религии или генетической информации. Лица с ограниченными возможностями, которые нуждаются в помощи или альтернативных средствах для обмена информацией в программе (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись и т. д.), или желающие подать жалобу, должны связаться:

Округ Сарасота ADA (Закон о правах американских граждан с ограниченными возможностями)/Координатор Гражданских Прав 1660 Ринглинг Бул. Сарасота Флорида 34236
Телефон: 941-861-5000; TTY 7-1-1 или 1-800-955-8771
Эл. адрес: adacoordinator@scaov.net