Округ Сарасота

Заявка на Медичне Обслуговування Округу Сарасота

БУДЬ ЛАСКА, НАПИШІТЬ АБО НАДРУКУЙТЕ ЧІТКО

Ця форма повинна бути представлена на розгляд, щоб визначити вашу правомочність для отримання медичної допомоги в центрах евакуації (раніше відомих як Притулки Особливих Потреб).

Зауваження: Хоспісні пацієнти звертаються до вашого соціального працівника або до менеджеру у справах до подачі заявки.

Управління з Надзвичайних Ситуацій уповноважене Статутом Флориди вести добровільний реєстр осіб, яким потрібна допомога під час екстреної евакуації. Записи, що стосуються реєстрації інвалідів, звільняються від Положень Ф.С. 119.07 (1) Закону про Публічні Записи

Або надіслати заповнену форму поштою:

6050 Портер Вей Сарасота Флорида 34232
Факс: (941)861-5501
Ел. пошта: PSN@scgov.net

Контактна Інформація			
Ім'я:		Прізвище:	
Дата Народження:	Місяць:	▼ День:	▼ Рік:
Основний Телефон:		Додатковий Телефон:	
Адреса електронної пошти:			
Вулиця та номер будинку:			
Місто:		Штат:	Індекс:
Мікрорайон:			
Тип Будинку:	☐ Промисловий/Пересувний	☐ Апартаменти/Багатоквартирний	☐ Будинок/Дуплекс
Якщо ви живете в багатоквартирному будинку, вам потрібен/ви користуєтесь ліфтом?			
Ви розмовляєте англійською?	☐ Так	☐ Ні	
Якщо ви не розмовляєте англійською, якою мовою ви розмовляєте?			
На даний час ви отримуєте медичну допомогу на дому?	☐ Так	☐ Ні	

Якщо так, причина медичної допомоги на дому (що вони роблять для вас)?

Назва установи медичного обслуговування на дому:

Телефон установи медичного обслуговування на дому:

У вас є навчений собака, згідно з ADA? Так Ні

ПРИМІТКА. Утримання, надання комфорту і турбота про тварин не передбачені, якщо вони не визначені як службові тварини відповідно до ADA (Закон про права американських громадян з обмеженими можливостями), вони будуть розміщені в якості домашніх тварин.

В разі необхідності транспорту, вам потрібен підйом для інвалідного візка? Так Ні

Контакти Доглядальниці та Екстреної Допомоги

Ім'я Доглядальниці: Прізвище:

Ким доводиться вам доглядальниця:

Номер телефону доглядальниці:

Ім'я людини для екстреної допомоги (крім доглядальниці):

Ім'я: Прізвище:

Телефон Екстреної Допомоги:

Загальна кількість осіб, що евакуюються з вами (тільки чоловік або дружина, доглядальниця і діти (шкільного віку і молодше):

Якщо ви не зможете повернутися додому з центру евакуації через пошкодження, у вас є місце, куди піти? Вкажіть контактне ім'я, телефон, адресу, якщо можливо:

Медичні Потреби

Рятувальні пристрої, що залежать від електропостачання (перевірте всі, що використовується):

Кисень/Концентратор кисню (якщо використовується понад 5 літр/хв, дивись наступний розділ)

Якщо кисень перевірений вище, кількість літрів на хвилину?

Як часто вам потрібен кисень? 24/7 Безперервно sТільки вночі Періодично

Насос (Перитонеальний Діаліз/Внутрішньовенно/Годування)

Аспірація

Електричне крісло-візок

Хойер (Примітка: персонал центру евакуації НЕ працює з підйомником Хойера)

Інше: (Примітка: при перерахуванні певних процедур, вкажіть частоту [наприклад, щодня, періодично, у міру необхідності])

Медичні Питання:

- ☐ Застосування власних ліків
- ☐ Потрібен спеціаліст для введення ліків

Ви викликали 911 протягом останніх 12 місяців через низький рівень цукру в крові?

- ☐ Деменція/Хвороба Альцгеймера (доглядальниця має бути присутня з вами повний робочий день в евакуаційному центрі)
- ☐ Відкриті рани/пролежні (виразки шкіри), які потребують професійного догляду

☐ Гемодіаліз

Ім'я Особи, що здійснює Діаліз:

Телефон Особи, що здійснює Діаліз:

Дата останнього курсу діалізу: (потрібно тільки під час подання заявки протягом 24-48 годин після відкриття центру е

- ☐ Колостомія
- ☐ Постійний Катетер
- ☐ Страждає нетриманням сечі або калу
- ☐ Параліч
- ☐ Інфекційні респіраторні захворювання або рани (потрібно тільки під час подання заявки протягом 24-48 годин після відкриття центру евакуації)
- ☐ Операція протягом останніх 7 днів (необхідне тільки для останньої реєстрації)

Тип операції:

Рухливість:

- ☐ Потрібна допомога, щоб сидіти/підніматися/пересуватися/ходити в туалет/гуляти (Примітка: персонал центру евакуації не може допомогти з підйомником Хойера) Якщо вам потрібна допомога, щоб сидіти/підніматися/пересуватися, скільки людей вам необхідно для надання допомоги:
- ☐ Чи можете легко долати великі відстані (тобто футбольне поле) без додаткової допомоги
- ☐ Крісло-візок або скутер і можливість самообслуговування

Передові Медичні Потреби

Рухливість:

- ☐ Прикутий до ліжка
- ☐ Габаритний (неможливо перемістити без обладнання)
- ☐ Прикутий до інвалідного візка (неможливо переміщати без обладнання)
- ☐ Понад 450 фунтів і потребує допомоги при ходьбі/пересуванні

Респіраторний:

- ☐ Кисень більше 5 літрів за хвилину

Кисень літр/хв:

- ☐ Вентилятор

Домашні тварини

Всі домашні тварини ПОВИННІ бути повністю імунізовані, укомплектовані і забезпечені усім необхідним приладдям (харчування не надається). Улюбленці будуть міститися в спеціально відведених місцях для тварин, а не в приміщеннях з фізичними особами, якщо тільки це не службові тварини.

ПРИМІТКА: домашні тварини не допускаються в центри евакуації з передовими медичними потребами. Ви будете повідомлені про місце вашого призначення і політику домашніх тварин для цього місця розташування, якщо це буде передбачено програмою медичного обслуговування.

Чи є у вас домашні тварини ? ☐ Так ☐ Ні

Всі собаки будуть евакуйовані з вами?

Всі кішки будуть евакуйовані з вами?

Чи можете ви піклуватися про свого улюбленця(ів) самостійно? ☐ Так ☐ Ні, потрібна допомога

Будь ласка, прочитайте перед подачею заявки

Подаючи цю заявку, я погоджуюся з тим, що я прочитав і зрозумів наступне:

- Що я буду спати на нижньому ліжку і що я єдина людина, кому гарантоване ліжко.
- Я розумію, що моїй доглядальниці може бути надане ліжко, якщо воно буде доступне. Ліжко не надається супроводжуючим членам сім'ї.
- Що мій обов'язок полягає в тому, щоб підготувати маршрут, куди я можу поїхати, якщо я не зможу потрапити додому з центру евакуації через відключення електроенергії або пошкодження.
- Я розумію, що, коли центр евакуації почне роботу, зі мною зв'яжуться тільки один раз, щоб дізнатися, чи буду я евакуюватися, і чи знадобиться мені транспортування в центр евакуації в окрузі. Якщо я відмовлюся чи не зможу прийняти рішення відразу, інший транспорт в центр евакуації може не передбачається округом або бути надано за мій рахунок.
- Мій обов'язок - забезпечити себе всіма необхідними продуктами харчування, згідно з дієтичними обмеженнями, те ж саме відноситься до моєї доглядальниці і членів сім'ї.
- Я несу відповідальність за свої пристрої пересування (ходунки, інвалідні візки і т. п.).
- Я розумію, що місце в центрі евакуації обмежене, і візьму з собою тільки одну валізу з одягом, піжамою, туалетним приладдям, ліками, подушками, ковдрою і тихими реквізитами для дозвілля (книги, пазли і т. п.).
- Я розумію, якщо я перебуваю на кисневому забезпеченні, і я зобов'язаний звернутися до відповідного постачальника кисню, щоб запастися додатковими резервуарами до початку тропічного шторму/урагану.

Будь ласка, введіть ваше повне ім'я нижче, щоб вказати, що ви прочитали і зрозуміли написане вище. Якщо ви подаєте заявку від будь-якого імені, введіть своє ім'я нижче, а також назву вашого агентствоа або відношення до заявника.

Повне Ім'я:

Агентство/Відношення до заявника:

Натисніть нижче, щоб відправити заповнену форму електронною поштою:

Відправити електронною поштою

Натисніть нижче, щоб зберегти форму і завершити її пізніше:

Зберегти почте

Округ Сарасота забороняє дискримінацію у всіх службах, програмах або заходах за расовою ознакою, кольором шкіри, національним походженням, віком, інвалідністю, статтю, сімейним статусом, сімейним станом, релігією або генетичною інформацією. Особи з обмеженими можливостями, які потребують допомоги або альтернативних засобів для обміну інформацією в програмі (шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис і т. п.), або які бажають подати скаргу, повинні зв'язатися:

Округ Сарасота ADA (Закон про права американських громадян з обмеженими можливостями)/Координатор Громадянських Прав
1660 Рінглінг Бул. Сарасота Флорида 34236
Телефон: 941-861-5000; TTY 7-1-1 або 1-800-955-8771 Ел. адреса: adacoordinator@scaov.net