



**APLIKASYON BRAWÒD KONNTI POU MOUN KI BEZWEN SWEN ESPEYAL
POU SANTE YO KAPAB AL NAN LOKAL KOTE MOUN PARE MOVE TAN EPI
POU YO JWENN ÈD TRANSPÒ LÈ LETA PASE LÒD POU MOUN KITE KAY YO**

Siyati: _____ Non: _____ Lòt non: _____

Kay kote w rete a: Kay ki ta kab deplase/Kay prefabrike Pou yon fanmi Apatman/Konndo Lòt kay: _____

Adrès kay ou: _____

apatman: _____ # bilding _____ Non pwopriyete a oswa non katye a _____

Vil: _____ ZIPKÒD: _____

Adrès pou lèt (si se pa menm ak adrès ki anwo a): _____

telefòn: _____ Lòt # telefòn _____

Ki lang ou pale pi fasil: _____

Ou rete Pou kont ou Kay fanmi Kay kote yo swen moun Lòt kote _____

Moun pou yo avèti si gen ka grav: Kote w rete a: _____ Sa l ye pou ou: _____ Telefòn: _____

Lòt kote: _____ Sa l ye pou ou: _____ Telefòn: _____

ÈD TRANSPÒ LÈ LETA PASE LÒD POU MOUN KITE KAY YO

M bezwen transpò: Wi Non

Kalite transpò ou bezwen: Moun ki kab mache Chèz woulant Lòt kalite transpò (Bay presizyon): _____

Lòt enfòmasyon (Aparèy ladan tou): _____

Kantite moun nan kay la ki bezwen transpò: _____ Kantite moun an tou ki bezwen chèz woulant pou yo deplase: _____

<input type="checkbox"/> Pwoblèm sante mantal: _____ <input type="checkbox"/> Tèt la pa bon menm: _____ (egzanp: Alzaymè, tèt varye) Bay presizyon: _____ _____	Lis tout bagay ki pou ede w, tankou linèt, baton blan pou avèg, aparèy zòrèy: _____ <input type="checkbox"/> Pa wè byen _____ <input type="checkbox"/> Pa tante byen _____ <input type="checkbox"/> Lang siy ameriken (ASL) <input type="checkbox"/> Pa pale nòmral _____
<input type="checkbox"/> Pa mache nòmral <input type="checkbox"/> Beki 4 pye <input type="checkbox"/> Baton <input type="checkbox"/> Chèz woulant <input type="checkbox"/> Beki <input type="checkbox"/> Lòt aparèy: _____	<input type="checkbox"/> Bèt ki o sèvis ou Ki kalite bèt epi konbyen? _____ 1. Èske moun nan andikape? (W/N) _____ 2. Èske bèt la drese? (W/N)? _____ 3. Ki sa bèt la fè pou moun nan? _____

OU KAPAB JWENN LÒT FÒM APLIKASYON AN SI W MANDE SA

SI APLIKASYON AN SE POU MANDE ÈD TRANSPÒ SÈLMAN PASKE LETA PASE LÒD POU MOUN KITE KAY YO, OU PA OBLIJE BAY ENFÒMASYON KI NAN PAJ 2 A—TANPRI ALE NAN PAJ 3.

APLIKASYON POU MOUN KI BEZWEN SWEN ESPEYAL POU SANTE YO
(Se doktè, enfimyè (R.N.) oswa moun ki anchaje ka a ki pou ranpli pati sa a)

Dat li fèt: _____ Laj: _____ (an) Sa li ye?: Gason Fi
 Konbyen l peze?: _____ (liv) Wotè: _____ (pye) _____ (pous)
 Èske w ap vin nan lokal kote moun pare move tan an ak moun? Wi Non
 Si w di "Wi", konbyen moun k ap swen l oswa konbyen fanmi k ap vin avè l nan lokal kote moun pare move tan an?: _____

<p>Moun nan bezwen kouran pou swen sante l:</p> <input type="checkbox"/> Aparèy pou konsantre O2 (oksijèn) <input type="checkbox"/> Ponp pou fè moun vale manje <input type="checkbox"/> Aparèy pou rale likid <input type="checkbox"/> Remèd ki dwe rete nan frijidè <input type="checkbox"/> Lòt aparèy: _____	<p>Moun nan bezwen oksijèn:</p> <input type="checkbox"/> 24 sou 24 <input type="checkbox"/> Le swa sèlman <input type="checkbox"/> Tanzantan Ki kalite oksijèn?: _____ Ki jan yo ba l oksijèn nan?: <input type="checkbox"/> Tib nan nen <input type="checkbox"/> Mas Kontwòl pa lit: _____ Konbyen lit pa minit? _____
<input type="checkbox"/> Bezwen moun ede l pran remèd <input type="checkbox"/> Bezwen ensilin <input type="checkbox"/> Bezwen èd pou swen blese. Bay presizyon: _____	<input type="checkbox"/> Moun nan pa gen kontwòl <input type="checkbox"/> Moun nan bezwen dyaliz <input type="checkbox"/> Twalèt <input type="checkbox"/> Peritoneyal (PD) <input type="checkbox"/> Pipi <input type="checkbox"/> Emodyaliz Chak ki lè: _____
<input type="checkbox"/> Rejim espesyal (Bay presizyon): _____ _____	<input type="checkbox"/> Lòt pwoblèm sante: _____ _____

Enfòmasyon medikal:

Doktè prensipal moun nan: _____ Telefòn: _____
 Ajans ki voye moun swen l lakay l: _____ Telefòn: _____
 Konpayi ki voye aparèy sante lakay li (HME): _____ Telefòn: _____
 Konpayi oksijèn (si l pa menm ak HME a): _____ Telefòn: _____
 Sant pou dyaliz: _____ Telefòn: _____
 Famasi: _____ Telefòn: _____
 Non ospis la: _____ Telefòn: _____
 Lis remèd li pran regilyè (Ak preskripsyon oubyen san preskripsyon):

Lis tout pwoblèm sante ak tout alèji:



**APLIKASYON BRAWÒD KONNTI POU MOUN KI BEZWEN SWEN ESPEYAL
POU SANTE YO KAPAB AL NAN LOKAL KOTE MOUN PARE MOVE TAN EPI
POU YO JWENN ÈD TRANSPÒ LÈ LETA PASE LÒD POU MOUN KITE KAY YO**

Dapre sa m konnen, se enfòmasyon ki kòrèk e ki konplè ki make nan pati enfòmasyon medikal la.

Non doktè a oubyen moun ki swen moun nan ekri ak lèt enprimri: _____

Doktè a oubyen moun ki swen moun nan siyen non l: _____ Dat li siyen an: _____

Lè m siyen aplikasyon sa a, sa vle di mwen bay otorizasyon pou yo voye enfòmasyon medikal mwen ki ladan n bay: Broward County Human Services Department, State of Florida Department of Health, Broward Health, Memorial Health Care System, State of Florida Children’s Medical Services, biwo ki okipe ka ijan, ak kote mwen pral pare move tan an. Kon sa, yo kab wè ki sa m ap bezwen pou sante mwen epi yo kab ban mwen transpò ak kote ki bon pou mwen pou m pare move tan an. F.S. 119.07(1), Public Records Law, se non yon lwa ki pa konsène dosye enskripsyon moun andikape. Enfòmasyon ou bay yo ap rete sekrè e septe nan ka kote otorizasyon ou bay la pèmèt lòt kote jwenn enfòmasyon an.

Moun ki fè demann nan oswa moun ki responsab li siyen: _____

Men non moun nan ki ekri ak lèt enprimri: _____ Dat: _____

PA EKRI ANBA LIY SA A—SE POU SÈVIS BIWO A SÈLMAN

Ki kalite lokal kote moun pare move tan: _____

Non lokal kote moun pare move tan an: _____

Bank enfòmasyon/ # dosye a: _____

Nouvo enfòmasyon yo ajoute nan aplikasyon an: Mwa/Ane: _____ Mwa/Ane: _____ Mwa/Ane: _____

PLANIFIKASYON TRANSPÒ

NOU TCHEKE KI KALITE TRANSPÒ MOUN NAN BEZWEN: Wi Non

Ki kalite transpò: Moun ki kab mache Chèz woulant ESF-8