

INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES

O Programa de assistência para transporte de evacuação e abrigo para necessidades especiais oferece transporte e abrigo para moradores que não têm um lugar seguro para ficar durante condições climáticas perigosas ou outras emergências, ou não têm como obter abrigo. **Moradores de qualquer unidade residencial (por exemplo, unidades de assistência à autonomia, lar de idosos etc.) não se qualificam para este programa, porque essas entidades comerciais devem ter planos próprios de evacuação emergencial para seus clientes.** Se possível, organize a evacuação de seus familiares, amigos ou a remoção para um local fora de perigo como “Plano A”. O abrigo deve ser seu “Plano B”.

Gostaríamos de esclarecer que um abrigo é um local de refúgio de última instância para casos de condições climáticas perigosas ou outras emergências. Embora serviços básicos como alimentação, eletricidade e supervisão médica sejam fornecidos nos abrigos, os clientes e cuidadores devem fornecer alimentação suplementar e todos os medicamentos durante os primeiros 3 (três) a 5 (cinco) dias.

Abrigos para o público em geral estão localizados em prédios com grandes áreas abertas, como escolas, e são adequados para pessoas com autonomia e que não precisam de assistência para realizar as atividades da sua vida diária. Você receberá apenas um lugar para ficar. Será preciso trazer itens básicos para o abrigo, como colchonete, cadeira de jardim, travesseiro, cobertor, roupas etc. Serão fornecidas comida e água, mas também recomendamos trazer seus próprios mantimentos. Os abrigos estarão lotados e, em caso de uma grande tempestade, o número de pessoas aumentará com rapidez.

Abrigos para a população com necessidades especiais também estão localizados em escolas e se destinam a pessoas com condições médicas que não podem ser gerenciadas em um abrigo para o público em geral. É fornecida eletricidade para equipamentos médicos. Você precisará de um acompanhante adulto/cuidador, que prestará assistência a você durante o período no abrigo. Você deverá trazer seu próprio equipamento médico, seus medicamentos, itens pessoais, dinheiro etc. Seu acompanhante/cuidador deve trazer as mesmas coisas, além de algo em que dormir, como uma cama dobrável ou uma cadeira de jardim. Planejamos oferecer camas dobráveis para as pessoas registradas, mas nossos suprimentos não serão suficientes durante uma tempestade catastrófica, por isso traga tudo de que você realmente precisa. Seu Cachorro de serviço também pode ir para o abrigo com você. Traga a caminha dele, a coleira e a guia, comida, itens de higiene, carteira de vacinação e outros itens de conforto para animais de estimação.

Os ambientes de abrigo de **tratamento de alto nível** nas unidades de assistência médica (por exemplo, hospitais) são destinados a pessoas com problemas de saúde não podem ser administrados em um abrigo para a população com necessidades especiais. Abrigo será fornecido em corredores, salas de reunião ou outros espaços amplos de convivência, mas nenhuma assistência médica será fornecida. **Você precisará ter um acompanhante adulto/cuidador consigo o tempo todo.** Você deverá trazer seu próprio equipamento médico, seus medicamentos, itens pessoais, dinheiro, comida (há alimentos à venda) etc. Seu cuidador precisará trazer os mesmos itens e algo em que dormir. **NÃO** traga seus animais de estimação ou de apoio moral para o abrigo no hospital (**SOMENTE animais de serviço**).

O **transporte** para os abrigos pode ser organizado mediante o preenchimento desta inscrição.

**CONDADO DE BROWARD
INSCRIÇÃO PARA ABRIGOS PARA POPULAÇÃO
COM NECESSIDADES ESPECIAIS E ASSISTÊNCIA
COM TRANSPORTE**

Observe que todos os residentes do Condado de Broward devem ter planos de evacuação próprios para suas famílias e animais de estimação. É importante que todos sejam responsáveis por sua própria segurança e estabeleçam um plano que inclua um local para onde ir, pessoas com quem entrar em contato, itens para levar consigo e como chegar até o local escolhido. No entanto, o Condado reconhece que algumas pessoas podem precisar de ajuda. Indivíduos que atendam a uma das seguintes categorias são elegíveis para receber assistência do Condado:

- Aqueles que necessitam de transporte especializado e/ou não possuem meio de transporte; ou
- Aqueles cujas necessidades médicas os impedem de evacuar por conta própria.

Observe que, ao processar sua solicitação, um representante da Divisão de Gerenciamento de Emergências (BEMD) e/ou do Departamento de Saúde (DOH) – Broward entrará em contato com você caso mais esclarecimentos sejam necessários.

O que você deve saber para estar pronto para a evacuação

- **NÃO** espere até que uma ordem de evacuação seja dada para solicitar que seja adicionado ao registro.
 - *Os recursos são limitados e os clientes pré-registrados sempre terão prioridade quando surgir uma emergência.*
- Os abrigos para a população com necessidades especiais não oferecem o mesmo nível de equipamentos de atendimento disponíveis nas unidades de saúde.
- Você precisará ter um acompanhante/cuidador, que prestará assistência a você durante o período no abrigo.
- Você deverá trazer seu próprio equipamento médico, seus medicamentos, itens pessoais, dinheiro etc.
- Se você segue uma dieta especial, traga esses itens alimentares/dietéticos consigo para garantir o mais alto nível de conforto possível.

TODAS AS SEÇÕES DESTES FORMULÁRIOS DEVEM SER PREENCHIDAS.

**PARA OS CANDIDATOS QUE ATENDAM AOS CRITÉRIOS DE MAIOR NÍVEL DE ATENÇÃO,
UMA NOVA INSCRIÇÃO DEVE SER SUBMETIDA ANUALMENTE.**

Se mais de uma pessoa na sua casa precisar de assistência médica durante as evacuações, inscrições separadas deverão ser preenchidas para cada uma delas. Instruções especiais serão enviadas para você assim que a sua inscrição for aprovada.

Em caso de dúvidas, ligue para o BEMD no número 954-831-3902.

Mantenha uma cópia do formulário preenchido nos seus registros e envie o original para:

**Broward Emergency Management Division
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program
201 NW 84th Avenue, Plantation, FL 33324**

**VÁ PARA A
PRÓXIMA PÁGINA**

**CONDADO DE BROWARD
INSCRIÇÃO PARA ABRIGOS PARA POPULAÇÃO
COM NECESSIDADES ESPECIAIS E ASSISTÊNCIA
COM TRANSPORTE**

INSTRUÇÕES:

Preencha este formulário e envie-o ao Condado de Broward para registrar uma pessoa no Registro de necessidades especiais da Flórida. Este formulário não é necessário se você já se cadastrou online. Os campos obrigatórios são indicados com um asterisco (*).

FAVOR ESCREVER DE FORMA CLARA

Endereço para envio: Broward Emergency Management Division
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program
201 NW 84th Avenue
Plantation, FL 33324

INFORMAÇÕES PESSOAIS SOBRE A PESSOA REGISTRADA

*Nome	
Nome do meio	
*Sobrenome	
Sufixo	
*Data de nascimento	
*Gênero (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgêneros <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Prefiro não informar
*Altura	Pés: Polegadas:
*Peso (libras)	
*Situação de moradia (selecione apenas uma)	<input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Com parente ou cuidador <input type="checkbox"/> Outra situação de moradia
*Idioma principal	
Idioma secundário	
Veterano	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Últimos 4 dígitos do SSN (Social Security Number)	
Endereço de e-mail	
Você está preenchendo este formulário em nome do inscrito? Se esse for o caso, explique seu vínculo com o inscrito (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Prestador de assistência domiciliar <input type="checkbox"/> Equipe de gestão de emergências do condado <input type="checkbox"/> Equipe do departamento de saúde do condado <input type="checkbox"/> Equipe do DOH estadual

Informações adicionais do condado

*Nome da pessoa que preenche este formulário em nome do inscrito	
Número de telefone da pessoa que preenche este formulário em nome do inscrito	
*Descreva se outra situação de moradia foi selecionada	

ENDEREÇO DA PESSOA REGISTRADA (um endereço físico é necessário)

*Endereço físico (não pode ser apenas uma caixa postal)	
*Cidade física	
*Estado físico	FL
*CEP físico	
Nome do complexo, subdivisão ou parque de trailers	
A casa nesse endereço é um trailer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

ENDEREÇO DA PESSOA REGISTRADA (um endereço físico é necessário)	
A casa neste endereço é uma casa vertical ou com vários andares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa casa tem escadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há um portão/porta que necessite de código para entrar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você reside nesse endereço o ano todo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, reside do mês: _____ Até mês: _____
Endereço de correspondência (se diferente do informado acima)	
Cidade de correspondência	
Estado de correspondência	
CEP de correspondência	
Informações adicionais do condado	
*Qual é o código do portão/porta?	

NÚMEROS DE TELEFONE DA PESSOA REGISTRADA (é necessário um número de telefone principal e pelo menos um outro número de telefone)							
*Número de telefone	Extensão	*Tipo de telefone (selecione apenas um)			Possui tecnologia de acessibilidade		
() -		<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CONTATO DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL DA PESSOA REGISTRADA (obrigatório)	
*Nome do contato de emergência principal	
Endereço do contato	
Cidade do contato	
Estado do contato	
CEP do contato	
*Número de telefone principal do contato	() - extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	

CONTATOS ADICIONAIS DA PESSOA REGISTRADA (obrigatório)	
*Nome do contato adicional	
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de emergência secundário <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prestador de assistência domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de equipamento médico residencial <input type="checkbox"/> Provedor de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Provedor de oxigênio <input type="checkbox"/> Clínica de diálise <input type="checkbox"/> Outro provedor de serviços médicos/de saúde <input type="checkbox"/> Contato fora da área
Endereço do contato	

CONTATOS ADICIONAIS DA PESSOA REGISTRADA (preenchimento opcional)

Cidade do contato				
Estado do contato				
CEP do contato				
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:			
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:			
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Endereço de e-mail do contato				
*Nome do contato adicional				
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de emergência secundário <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Provedor de equipamento médico residencial <input type="checkbox"/> Outro provedor de serviços médicos/de saúde	<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Provedor de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Contato fora da área	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Provedor de oxigênio	<input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Prestador de assistência domiciliar <input type="checkbox"/> Clínica de diálise
Endereço do contato				
Cidade do contato				
Estado do contato				
CEP do contato				
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:			
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:			
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Endereço de e-mail do contato				

ANIMAIS DE SERVIÇO DA PESSOA REGISTRADA

*Tipo de animal (selecione apenas um)	*Obrigatório devido à incapacidade	*Trabalho ou tarefa que o animal foi treinado para realizar
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

EQUIPAMENTO DO INSCRITO

Indique o equipamento clinicamente necessário que a pessoa registrada utiliza e que precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Monitor de apneia</td> <td><input type="checkbox"/> Monitor cardíaco</td> <td><input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP</td> <td><input type="checkbox"/> Cateter de diálise</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica</td> <td><input type="checkbox"/> Medicação que requer refrigeração</td> <td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td> <td><input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bomba de sucção</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilador</td> <td><input type="checkbox"/> Terapia de feridas por pressão negativa</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Outro: _____ </div>	<input type="checkbox"/> Monitor de apneia	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco	<input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP	<input type="checkbox"/> Cateter de diálise	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Medicação que requer refrigeração	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio	<input type="checkbox"/> Bomba de sucção	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Terapia de feridas por pressão negativa	
<input type="checkbox"/> Monitor de apneia	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco	<input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP	<input type="checkbox"/> Cateter de diálise										
<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Medicação que requer refrigeração	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio										
<input type="checkbox"/> Bomba de sucção	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Terapia de feridas por pressão negativa											

Registro de necessidades especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

EQUIPAMENTO DA PESSOA REGISTRADA

Indique qualquer equipamento clinicamente necessário para a pessoa registrada que NÃO precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Port-a-Cath	<input type="checkbox"/> Agulha de insulina <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso	<input type="checkbox"/> Linha intravenosa periférica <input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Linha PICC
--	--	---	---	-------------------------------------

Informações adicionais do condado

*Tipo de ventilador	
*Configuração do ventilador	
*OUTROS equipamentos clinicamente necessários para o inscrito que NÃO necessitam de energia elétrica, especifique	

TRANSPORTE E MOBILIDADE

A pessoa registrada tem as seguintes necessidades de transporte: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Pode ser transportado em um carro <input type="checkbox"/> Usa cadeira de rodas, mas pode ser transferido para um assento de van	<input type="checkbox"/> Pode ser transportado em um ônibus <input type="checkbox"/> Requer transporte especial devido ao peso	<input type="checkbox"/> Deve ser transportado em um veículo acessível para cadeirantes <input type="checkbox"/> Precisa de oxigênio contínuo durante o transporte	<input type="checkbox"/> Deve ser transportado de maca em uma van <input type="checkbox"/> Precisa apenas de transporte para um abrigo
--	--	---	---	---

A pessoa registrada tem as seguintes dificuldades de mobilidade: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para caminhar <input type="checkbox"/> Paralítico (total ou parcial) <input type="checkbox"/> Usa uma cadeira de rodas motorizada/scooter	<input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para entrar/sair da cama <input type="checkbox"/> Usa um andador	<input type="checkbox"/> Usa um elevador para sair da cama <input type="checkbox"/> Usa uma bengala	<input type="checkbox"/> Está acamado <input type="checkbox"/> Usa uma cadeira de rodas
	Outro: <input style="width: 100%;" type="text"/>			

Informações adicionais do condado

*OUTRO A pessoa registrada tem as seguintes necessidades de transporte, especifique	
*Você está registrado no Broward County Paratransit (TOPS)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Se sim, qual é o seu número de identificação de cliente TOPS?	
*Se você utiliza uma cadeira de rodas, precisa de ajuda na transferência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Você é capaz de chegar ao meio-fio de sua casa sem qualquer assistência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS

Comportamental: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Obsessivo/compulsivo <input type="checkbox"/> Pode representar perigo para si mesmo e/ou outras pessoas	<input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Transtorno de personalidade <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias	<input type="checkbox"/> Agressivo/violento <input type="checkbox"/> Psicose	<input type="checkbox"/> Transtorno de conduta <input type="checkbox"/> Esquizofrenia
	Outro: <input style="width: 100%;" type="text"/>			

Memória: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Alzheimer e doenças relacionadas <input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Memória prejudicada
--	--	--

Diálise: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Hemodiálise (hospitalar/residencial) <input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
--	---

Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS				
Frequência da diálise: (selecione apenas uma)	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 5 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 6 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 7 vezes por semana (diariamente)	<input type="checkbox"/> 4 vezes por semana
*Tipo de oxigênio: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Gasoso	<input type="checkbox"/> Líquido		
Fluxo de litro de oxigênio/quantidade: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 7.0	<input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 6.0	<input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 6.5
Modo de administração do oxigênio: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Máscara	<input type="checkbox"/> Cânula nasal	<input type="checkbox"/> Máscara de oxigênio de traqueostomia	
Alergias e reações a medicamentos (liste todos)				
Você precisa de ajuda para administrar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Outro: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Visão prejudicada <input type="checkbox"/> Surdo <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Não fala <input type="checkbox"/> Pressão alta <input type="checkbox"/> Marcapasso/AICD <input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Parcialmente cego <input type="checkbox"/> ELA (ALS) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Dificuldade em entender instruções verbais <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Cego <input type="checkbox"/> Artrite/Osteoporose <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão (úlceras de decúbito) <input type="checkbox"/> DPOC (COPD) <input type="checkbox"/> Sonda IV <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> EM (MS) <input type="checkbox"/> Sonda de diálise peritoneal	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Fibrose cística <input type="checkbox"/> Risco de fuga <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> Ostomia (colostomia, ileostomia, urostomia) <input type="checkbox"/> Convulsões
Nome da seguradora principal:				
Número de identificação do seguro:				
Número do Medicare:				
Número do Medicaid:				
Informações adicionais do condado				
Pedido de diálise				
Fluxo de litro de oxigênio/quantidade, SE OUTRO				

MEDICAMENTOS DA PESSOA REGISTRADA (use mais papel se for necessário mais espaço)				
*Nome do remédio	Dose	Via	Requer refrigeração	
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Transdermal	<input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sublingual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**CONDADO DE BROWARD
INSCRIÇÃO PARA ABRIGOS PARA A POPULAÇÃO
COM NECESSIDADES ESPECIAIS E ASSISTÊNCIA
COM TRANSPORTE**

AVISO IMPORTANTE E DECLARAÇÃO DE ENTENDIMENTO

1. A informação contida neste documento é verdadeira e correta de acordo com o meu conhecimento. Entendo que, se aceita, a assistência será fornecida somente durante a situação de emergência, e que outros arranjos devem ser providenciados antecipadamente para o caso de eu não poder voltar para casa.
2. Entendo que, com base nesta solicitação e nas informações por mim fornecidas, o Departamento de Saúde da Flórida no Condado de Broward, juntamente com a Divisão de Tratamento de Emergências do Condado de Broward, determinarão o abrigo e assistência de evacuação de emergência, se existir, que este programa pode proporcionar.
3. Entendo que o registro é voluntário, sendo que, pelo presente documento, solicito o registro no Programa de Solicitação de Abrigo de Cuidados Especiais e de Assistência com Transporte.
4. Abrigos de emergência, incluindo abrigos para a população com necessidades especiais, são disponibilizados para me fornecer proteção e devem ser considerados um **abrigo de último recurso** (se não houver outras opções disponíveis).
5. Sou obrigado a trazer um cuidador enquanto estiver no abrigo.
6. Nos abrigos para a população com necessidades especiais, haverá serviço limitado de enfermagem, assistência médica, suprimentos e equipamentos para me ajudar e/ou ajudar meu cuidador.
7. Serei responsável por quaisquer encargos e custos associados a internações ou outras instalações médicas, incluindo cuidados e transporte médico, se eles se forem necessários.
8. **Transporte:** Posso precisar evacuar da minha residência. Todas as tentativas serão feitas para que seja fornecido aviso prévio, por telefone, da data e hora em que devo esperar o transporte para um abrigo.
Se eu recusar o transporte quando ele chegar, entendo que poderei não ter outra oportunidade para solicitar esse serviço.
9. Ao assinar este formulário, concedo minha autorização para a divulgação das informações médicas aqui contidas para o Departamento de Serviço Social do Condado de Broward, o Departamento de Saúde da Flórida no Condado de Broward, o sistema do Memorial Health Care, o Holy Cross Hospital, a Secretaria da Saúde de Broward, a Cleveland Clinic e outros hospitais e instituições e servidores médicos, para a Divisão de Transporte do Condado de Broward e para a Divisão de Gestão de Emergências do Condado de Broward, com o objetivo de avaliar minhas necessidades e fornecer transporte e abrigo. Os registros referentes ao cadastro de cidadãos portadores de deficiências físicas e/ou mentais estão isentos das disposições da Lei de Registros Públicos, F. S. 119.07 (1). Exceto se de outra forma disposto por esta autorização, as informações que você fornecer serão mantidas em confidencialidade.

**Assinatura do requerente/guardião/cuidador autorizado/Pessoa
responsável pela inscrição**

Data

Nome em letra de forma

Número de telefone

As solicitações preenchidas devem ser remetidas para:

Broward Emergency Management Division
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program
201 NW 84th Avenue, Plantation, FL 33324