

**¿Tiene Ud. necesidades especiales que requieren asistencia en una emergencia o evacuación? Si este es el caso, por favor llene esta encuesta.**

Complete y devuelva anualmente o si su situación cambia. Marque la casilla Nueva encuesta a continuación si es la primera vez que completa esta encuesta o no lo ha hecho en años. Cuando ya no necesite asistencia especial, envíe un correo electrónico a [wem@waterfordct.org](mailto:wem@waterfordct.org).

Cuando lo haya completado, puede: enviarlo por correo electrónico a [wem@waterfordct.org](mailto:wem@waterfordct.org); envíelo por correo a 204 Boston Post Road, Waterford, CT 06385, o déjelo en Waterford Senior Center.

**ESTA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIAL**

**Yo / Este individuo necesita asistencia en caso de una emergencia o evacuación: FAVOR DE USAR LETRAS DE MOLDE**

apellido	fecha	
dirección		
ciudad	CT	zona postal
número de teléfono	celular ( )	*TDD/TTY ( )
casa ( )	trabajo ( )	
Si Ud. es residente de tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), incluya los meses que vive en esta residencia		

\*Maquina/aparato de Telecomunicación para los sordos / Teléfono de Texto

**Favor de escribir una X en la casilla respectiva.**

**Esta es una nueva encuesta, o una que no se ha puesto al dia en años.**

**Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:**

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar. |  <input type="checkbox"/> Utilizo silla de ruedas y necesito un vehículo con accesibilidad a | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas plegable   | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Necesito equipo de soporte vital y asistencia especial para usarlo (Explicar) _____ |
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar |  <input type="checkbox"/> Use *TDD/TTY   | <input type="checkbox"/> Otras necesidades que impidan una evacuación rápida (Explicar) _____ |  |  |
|  <input type="checkbox"/> Persona confinada a la cama                                       |  <input type="checkbox"/> Necesito transporte para evacuar                                   |   |  |  |

Apellido del individuo que llena esta encuesta \_\_\_\_\_ teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Pariente u otra persona a quien podamos notificar para dar asistencia en caso de emergencia o evacuación:**

apellido		
dirección		
ciudad	CT	zip code
número de teléfono	cell ( )	*TDD/TTY ( )
casa ( )	trabajo ( )	



**Waterford Emergency Management**

**204 Boston Post Road**

**Waterford, CT 06385**

**860-442-9585**



Síguenos en Facebook