Реестр штата Род-Айленд по особым нуждам в чрезвычайной ситуации

Для жителей шт. Род-Айленд, имеющих инвалидность, страдающих хроническими заболеваниями и нуждающихся в особом медицинском обслуживании

Род-Айлендским департаментом здравоохранения (HEALTH) и Род-Айлендским агентством по чрезвычайным ситуациям (RIEMA) разработан реестр **жителей шт. Род-Айленд, имеющих инвалидность, страдающих хроническими заболеваниями и нуждающихся в особом медицинском обслуживании**. Заполняя эту форму, Вы разрешаете органам RIEMA и HEALTH сообщать ваши данные местным и государственным службам экстренного реагирования, таким как городская полиция или пожарная часть. Сообщаемые Вами сведения могут помочь службам экстренного реагирования учесть ваши нужды в чрезвычайной ситуации. **Инструкции:** Чтобы Вас включили в реестр, просим заполнить данную форму, подписать ее и отправить по адресу **RIEMA, Database Manager, 645 New London Avenue, Cranston, RI 02920** ИЛИ зарегистрироваться на вебсайте www.health.ri.gov/emregistry. Если у Вас имеются вопросы, звоните по тел. (401) 946-9996 (голосовая связь) или службу RI Relay 711 (TTY) (для лиц с нарушениями слуха/речи). Если Вы не в состоянии самостоятельно заполнить эту форму, попросите члена семьи, ухаживающего за Вами человека или иного представителя заполнить форму и подать ее от вашего имени.

☐ Первичная регистрация ☐ Обновление регистрации

Общие сведения *(Графы, обозначенные звездочкой (*), обязательны к заполнению)*

ИМЯ: Первое имя:_____ Второе имя: _____ Фамилия: _____ПОЛ: □ М □ Ж

ДАТА РОЖДЕНИЯ:_____ АДРЕС – ДОМ, УЛИЦА*:_____

КВАРТИРА/БЛОК или ЭТАЖ:_____ ГОРОД/ПОСЕЛОК*: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС*: _____

ДОМАШНИЙ ТЕЛ.:_____ МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛ.:_____ *(*Требуется указать № телефона)*

Телетайп:_____ E-MAIL:_____

Системы жизнеобеспечения

Чем из приведенного ниже Вы пользуетесь?
(Отметьте все применимое)

☐ Кислород: ☐ Баллоны ☐ Концентратор

☐ Дыхательный аппарат/Система вентиляции легких:

☐ Резервный аккумулятор для аппарата?

☐ Диализ: ☐ Клинический ☐ Домашний

☐ Электроприбор: ☐ Кардиостимулятор

☐ Дефибриллятор

Вы диабетик? ☐ Да ☐ Нет

Инсулинозависимость? ☐ Да ☐ Нет

☐ Другое:_____ ☐ Ничего из указанного

Нарушения сенсорики, умственных способностей и психики

Что из указанного ниже к Вам относится?
(Отметьте всё, что к Вам относится)

☐ Нарушение зрения ☐ Нарушение речи

☐ Официально признанная слепота ☐ Немота

☐ Нарушение слуха ☐ Умственная отсталость/ интеллектуальная недоразвитость

☐ Использование слуховых аппаратов

☐ Глухота ☐ Расстройства спектра аутизма

☐ Эпилепсия ☐ Болезнь Альцгеймера/Деменция

☐ Другое:_____ ☐ Психическое состояние:_____

☐ Ничего из указанного выше _____

Подвижность

Вы лежачий больной? ☐ Да ☐ Нет

Можете ли Вы ходить без посторонней помощи? ☐ Да ☐ Нет

Чем из указанного ниже Вы пользуетесь?
(Отметьте все, чем пользуетесь)

☐ Инвалидная коляска/Инвалидная коляска с приводом

☐ Опоры-ходунки/Трость ☐ Протез:_____

☐ Костыли ☐ Другое:_____

☐ Собака-поводырь ☐ Ничего из указанного

Другие виды инвалидности *(При необходимости, используйте оборотную сторону формы)*

Перечислите другие виды инвалидности или связанные с этим состояния:

☐ _____

_____

_____

Язык общения

На каком языке Вы предпочитаете получать сообщения или помощь в чрезвычайной ситуации?

☐ Английский ☐ Испанский ☐ Французский ☐ Португальский

☐ Китайский (путунхуа) ☐ Китайский (кантонский диалект)

☐ Русский ☐ Кран ☐ Кхмерский ☐ Фарси

☐ Лаосский ☐ Кабувердьяну ☐ Другой: _____

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ: Испанец или латиноамериканец? □ Да □ Нет **РАСА:** □ Белый □ Афроамериканец/Черный □ Азиат

□ Коренной житель Гавайев/других островов Тихого океана □ Американский индеец/Коренной житель Аляски □ Другая: _____

ПРИМЕЧАНИЕ: Подписывая эту форму и передавая ее RIEMA/HEALTH, соглашаюсь разрешить передачу моих данных местным и государственным службам экстренного реагирования. Я признаю, что эта программа является добровольной. Несмотря на то, что RIEMA/HEALTH передадут эти данные для оказания мне более качественной помощь в чрезвычайной ситуации, эти службы не в состоянии гарантировать оказание помощи во всех случаях.

Подпись: _____ **Имя печатными буквами:** _____

Дата: _____ **При заполнении от имени рассматриваемого лица указать, какое Вы имеете к нему отношение:**