

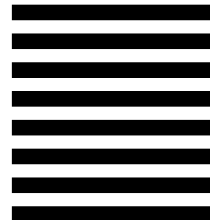


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 244 WHITE PLAINS NY

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



**ROCKLAND COUNTY OFFICE OF
FIRE AND EMERGENCY SERVICES
35 FIREMENS MEMORIAL DR
PO BOX 350
POMONA NY 10970-9927**



DOBLE AQUÍ

Tarjeta de registro anticipado para personas con necesidades especiales

Si necesita asistencia en una emergencia, complete el siguiente cuestionario y envíenoslo por correo, *aún si el año pasado hubiera completado una tarjeta*. Su colaboración nos ayudará a mantener actualizados estos registros confidenciales y a garantizar los arreglos pertinentes en caso de que necesite ser evacuado durante una emergencia de cualquier tipo. Si tiene alguna pregunta, llame al 800-942-1450. Complete con letra de imprenta.

Nombre <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		Fecha de nacimiento
Dirección (incluidos los números de apartamento, edificio y piso)		
Ciudad, ZIP+4 (código postal más código de zona de 4 dígitos)		
Teléfono (hogar)	Dirección de correo electrónico	
Discapacidad(es) principal(es)		
Discapacidad(es) secundaria(s)		

EQUIPO DE AYUDA QUE UTILIZA:

- Bastones Andador Oxígeno Otro
 Muletas Perro guía Respirador
 Silla de ruedas Cama de hospital Silla de ruedas eléctrica

¿Es ciego o parcialmente ciego?

¿Es sordo o tiene problemas auditivos? Sí No

Si su respuesta es afirmativa,
¿tiene un teléfono de texto (TTD/TTY)? Sí No

¿Está completamente postrado? Sí No

Si no es así, ¿tiene su propio medio de transporte? Sí No

Si no es así, ¿puede trasladarlo alguna persona cercana (pariente, vecino o amigo)? Sí No

Si no es así, ¿puede ir desde su casa hasta una parada de autobús sin ayuda? Sí No

Nombre y número de teléfono de una persona o familiar local que viva cerca de su hogar y que deba contactarse en caso de emergencia:

Nombre <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Dirección	
Ciudad, ZIP+4 (código postal más código de zona de 4 dígitos)	
Teléfono	Segundo teléfono
Dirección de correo electrónico	Relación: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo

Solicito el envío de tarjetas adicionales para otras personas con necesidades especiales de mi grupo familiar.

El condado de Rockland publica esta información para su uso en la planificación de emergencias.

Firma _____