

Konte Broward - Aplikasyon pou Asistans ak Chèltè pou Moun ki Gen Bezwen Espesyal ak Transpò pou Evakyasyon

Mèsi pou entèrè ou nan Chèltè pou Adilt ki gen Bezwen Espesyal nan Konte Broward la. Konprann byen: chèltè a se yonabri pou refijye lè pa gen okenn lòt kotepou w ale lè gen tanpèt ki danjre oswa lòt kalite ijans. Menmsi yo pral bay sèvis debaz tankou manje, elektrisite ak sipèvizyon medikal, se kliyan yo ak moun k ap bay yo swen ki dwe pote manje anplis ak tout medikaman yo pandan premye senk (5) jou yo. Tanpri sonje: Nou bay yon ti kabann pòtab pou kliyan yo. Ti kabann yo pa disponib pou moun k ap bay swen yo.

ENFÒMASYON POU PRAN KONTAK AK KLIYAN AN

Siyati: _____ Prenon: _____ Inisyal Dezyèm Prenon: _____

Adrès Fizik: _____ # Bilding: _____ # Pasèl/Apatman: _____

Devlopman/Divizyon _____ Vil: _____ Kòd Postal: _____

Kalite Rezidans: Kay Pou Yon (1) Fanmi Apatman/Ki Etaj _____ Kondominyòm/Ki Etaj? _____
Mobil/Pre-Fabrike Veyikil Rekreyasyon Bato

Adrès Postal (Si Se Pa Menm Ak Sa Ki Anwo A): _____

Kijan W AP VIV: Sèl Ak Fanmi Lòt

Dat Nesans (Obligatwa) ___/___/___ LAJ: _____ Sèks: Gason Fi Lòt Pa Gen Repons

Èske Ou Depase 450 Liv? Wi Non

#Telefòn Prensipal: _____ #Telefòn Segondè _____ IMÈL: _____

Èske Nimewo Telefòn Prensipal Ou Se TTY / TTD (Teletip): Wi Non

Ki Lang Prensipal Ou? _____ RAS/GWOUP ETNIK _____

ENFÒMASYON POU PRAN KONTAK POU IJANS

1. Non: _____ Relasyon _____

#Telefòn Prensipal: _____ #Telefòn Segondè: _____ Imèl: _____

Si Ou Tcheke Bwat Sa An, Ou Bay Pèmision Pou Pataje Enfòmasyon Medikal Ou Ak Moun Sa A

2. Non: _____ Relasyon _____

#Telefòn Prensipal: _____ #Telefòn Segondè: _____ Imèl: _____

Si Ou Tcheke Bwat Sa An, Ou Bay Pèmision Pou Pataje Enfòmasyon Medikal Ou Ak Moun Sa A

Ou Dwe Bay Omwen Yon (1) Kontak Si Ta Gen Ijans

Siyati:

Prenon:

Inisyèl Dezyèm
Prenon:

ASISTANS TRANSPÒ EVAKYASYON

Èske ou enskri non ou ak TOPS? Wi () Non (), si wi ki nimewo PIN ou? _____

1. Èske ou bezwen transpò pou rive nan yon chèltè Wi () Non ()
2. **Èd Pou Deplase:** Tanpri make yon kwa pou TOUT bon repons yo:
() Ka mache san èd () Baton () Beki () Wòkè () Eskoutè Elektrik
() Chèz Woulant Manyèl () Chèz Woulant Elektrik () Kloure nan yon kabann
() Dòmi sou kabann lopital lakay () Sèvi ak yon aparèy espesyal pou leve pou soti nan kabann
3. Èske ou bezwen èd lè w ap mache? Wi () Non ()
4. Si ou itilize yon chèz woulant, èske ou bezwen èd pou transfere yon lòt kote? Wi () Non ()
5. Tcheke bon repons yo:
 - a. ___ Mwen pa ka ale deyò lakay mwen
 - b. ___ Mwen ka ale nan twotwa a deyò lakay mwen
6. Avèg oswa Pa wè byen? Wi () Non ()
7. Èske ou gen yon bèt sèvis? Wi () Non (), si se Wi, ki kalite
8. Èske ou kapab dòmi sou yon kabann pòtab medikal (al gade enfòmasyon anba a)? Wi () Non ()



a. Wotè 18 pous (wotè chèz woulant)

b. Lajè 32 pous x 80 pous nan longè

9. Èske gen okenn moun k ap vini avèk ou nanabri a? () Wi () Non
 - a. Si ou reponn Wi, non / relasyon: _____
 - b. Kantite total moun yo pral pran nan adrès sa a?
 - c. Kantite moun ki bezwen chèz woulant _____

ENFOMASYON KONSENAN SIPO MEDIKAL

Doktè Prensipal:	_____	Telefòn:	_____
Ajans Sante Lakay:	_____	Telefòn:	_____
Founisè Ospis:	_____	Telefòn:	_____
Founisè Ekipman Medikal Pou Kay:	_____	Telefòn:	_____
Sant Dyaliz:	_____	Telefòn:	_____
Founisè Oksijèn:	_____	Telefòn:	_____

BEZWEN ESPESYAL (tcheke tout bezwen espesyal ou genyen)

Bezwen Elektrik	Asistans li Bezwen nan Vi Li Chak Jou:	Ekipman Espesyalize
<input type="checkbox"/> Monitè Apne <input type="checkbox"/> Bi-Pap oswa C-Pap <input type="checkbox"/> Monitè Kadyak (Kè) <input type="checkbox"/> Ponp Manje nan Tib <input type="checkbox"/> Medikaman Sewòm: Tanpri Presize: <input type="checkbox"/> Medikaman li bezwen mete nan frijidè <input type="checkbox"/> Nebilizatè <input type="checkbox"/> Depann sou Oksijèn: <input type="checkbox"/> 24 èdtan Pandan Lanwit Konsantratè <input type="checkbox"/> Tank Pòtab <input type="checkbox"/> Kantite Lit ki Koule pa Minit _____ Ponp Aspirasyon Vantilatè/Respiratè (Yon machin ki deplase lè pou antre ak soti nan poumon ou paske ou pa ka respire poukont ou)	<input type="checkbox"/> Ale nan twalèt <input type="checkbox"/> Pran medikaman <input type="checkbox"/> Manje <input type="checkbox"/> Mache plis pase 50 pye. <input type="checkbox"/> Soti nan kabann <input type="checkbox"/> Abiye	<input type="checkbox"/> Tib Manje <input type="checkbox"/> Katetè Foley pou pipi <input type="checkbox"/> Ekipman Sewòm <input type="checkbox"/> Tib Trake-ostomi <input type="checkbox"/> Lòt _____ _____

<p>Eta Sikolojik</p> <input type="checkbox"/> Alzaymè a / Demans (bezwen yon moun pou okipe li) <input type="checkbox"/> Enkyetid (la perez) <input type="checkbox"/> Otis <input type="checkbox"/> Twoub nan Kondwit <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Twoub Konpilsif Obsesif <input type="checkbox"/> Sikoz kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> Sikoz pa kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> Lòt dyagnostik sikyatrik: <hr/> <hr/>	<p>Newolojik/Sansoryèl</p> <input type="checkbox"/> Avèg/Pwoblèm pou wè <input type="checkbox"/> Soud / pwoblèm pou tande <input type="checkbox"/> Difikilte pou vale manje oswa likid <input type="checkbox"/> Kriz kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> Kriz pa kontwole ak medikaman	<p>Swen Espesyal</p> <input type="checkbox"/> Katetè Foley <input type="checkbox"/> Blesi / maleng kabann louvri <input type="checkbox"/> Maleng V.A.C. <input type="checkbox"/> Pa ka kenbe <input type="checkbox"/> Pipi Poupou <input type="checkbox"/> Ostomi <input type="checkbox"/> Adilt Kouchèt <input type="checkbox"/> Trake-ostomi <input type="checkbox"/> Dyaliz: # konbyen fwa d'as por semana Emodializ () Dyaliz Peritoneyal () <input type="checkbox"/> Rejim alimantè espesyal
DYAGNOSTIK (tcheke tout bon repons yo)		
<p>Maladi Kwonik men Etab</p>	<input type="checkbox"/> Afazi (Difikilte pou kominike) <input type="checkbox"/> Opresyon kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> pa kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> Maladi kè kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> pa kontwole ak medikaman <input type="checkbox"/> Kansè Tanpri presize: _____ <input type="checkbox"/> Maladi Kontajye Tanpri presize: _____ <input type="checkbox"/> Dyabèt / sik nan san wo Depann sou Ensilin <input type="checkbox"/> Zo Kase (Swen atach / chanjman pansman) <input type="checkbox"/> Emofili <input type="checkbox"/> Enfeksyon Tanpri presize: _____ <input type="checkbox"/> Maladi poumon (COPD / Enfizèm / bronchit) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Defayans Newolojik Tanpri presize: _____ <input type="checkbox"/> Maladi Renal (Ren) <input type="checkbox"/> Anemi falsifòm <input type="checkbox"/> Gratèl nan po Tanpri presize: _____ <input type="checkbox"/> Estwok	
<p>Maladi Kwonik men Etab ak Pwoblèm Mobilite</p>	<input type="checkbox"/> Paralizi Serebral <input type="checkbox"/> Fèb/Aje <input type="checkbox"/> Sou Chèz Woulant Akòz Maladi Kwonik (Tankou: Esklewoz Lateral Amyotwofik, Aksidan Vaskilè Serebral (estwok), Esklewoz an Plak, Distwofi Miskilè, elatriye)	
<p>Depann sou Elektrisite</p>	<p>Ekipman Medikal Elektrik</p>	

Siyati

Prenon:

Inisyèl Dezyèm
Prenon:

Mete nenpòt lòt pwoblèm medikal:	<hr/> <hr/>
---	-------------

Alèji ak medikaman oswa manje:	<input type="checkbox"/> Wi oswa	Non, si la respuesta es sí, especifique:
<hr/> <hr/>		

MEDIKAMAN SOU PRESKRIPSYON (tanpri tache lis si sa nesèsè)

Non Medikaman an:	Dòz:	Kantite fwa pa jou:
1. _____	1.	1.
2. _____	2.	2. _____
3. _____	3.	3.
4. _____	4.	4.
5. _____	5.	5.
6. _____	6.	6.
7. _____	7.	7.
8. _____	8.	8.
9. _____	9.	9.
10. _____	10.	10.



Konte Broward - Aplikasyon pou Asistans ak Chèltè pou Moun ki Gen Bezwen Espesyal ak Transpò pou Evakyasyon

DEKLARASYON POU DI OU KONPRANN AK SIYATI POU BAY OTORIZASYON POU UTILIZE AK PATAJE ENFÒMASYON SANTE PWOTEJE (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Mwen konfime enfòmasyon ki sou aplikasyon sa a se enfòmasyon ki vrè ak kòrèk dapre tout sa mwen konnen. Mwen konprann si yo aksepte li, m ap jwenn asistans sèlman pandan ijans la, epi mwen ta dwe fè nenpòt lòt aranjman davans sizoka mwen pa ka retounen lakay mwen.

Comprendo que en base a esta solicitud y a los datos que proporcioné, El Departamento de Salud Florida Health en el condado de Broward, junto con la División de Manejo de Emergencias del condado de Broward, determinarán qué asistencia de evacuación de emergencia y refugio, si correspondiera, podrá proporcionar este programa.

Mwen konprann Depatman Sante Florida nan Konte Broward, ansanm ak Divizyon Jesyon Ijans Konte Broward pral detèmine ki asistans ak chèltè ak evakyasyon ijan, si genyen, pwogram sa a kapab bay.

Mwen konprann se si mwen vle mwen bezwen enskri epi mwen mande pou yo enskri mwen nan Pwogram Asistans ak Chèltè pou Moun ki Gen Bezwen Espesyal ak Transpò pou Evakyasyon an.

Depi mwen siyen fòm sa a, mwen bay otorizasyon pou pataje enfòmasyon medikal mwen ki nan fòm sa a ak Depatman Sèvis Sosyal Konte Broward, Depatman Sante Florida nan Konte Broward, Memorial Health Care System, Holy Cross Hospital, Broward Health, ak lòt lopital, sant medikal, ak pwofesyonèl swen sante, Divizyon Transpò Konte Broward, ak Divizyon Jesyon Ijans Konte Broward, pou evalye bezwen mwen ak pou bay mwen transpò ak chèltè. Mwen bay otorizasyon pou Konte Broward re-voye paj 2 aplikasyon mwen an bay doktè non li endike a chak ane pou mete li ajou. Mwen konprann ke si gen chanjman nan enfòmasyon mwen te soumèt yo, m ap bezwen ranpli yon nouvo aplikasyon epi re-voye li. Mwen konprann si Konte Broward mande enfòmasyon ki ajou oswa pa kapab kontakte m poutèt chanjman nan enfòmasyon mwen, yo ka retire m nan rejis la. Otorizasyon sa a ap rete anplas pandan 12 mwa apre dat mwen siyen li an.

Eksepte pou adrès imèl, dosye ki gen rapò ak enskripsyon moun ki bezwen sipò fonksyonèl yo egzante pa rapò ak dispozisyon FS 119.07 (1), Lwa konsènan Dokiman Piblik. Amwenske otorizasyon sa a di yon lòt bagay, enfòmasyon ou bay yo ap rete konfidansyèl.

Non Legal Konplè Aplikasyon/Pasyan an

(Ekri An Lèt Detache):

Siyati Aplikasyon / Pasyan an: _____ Dat la: _____

Si se yon reprezantan pèsònèl moun nan ki siyen otorizasyon sa a, oswa se yon pwofesyonèl swen sante, nan non moun nan, tanpri ranpli anba la tou:

Non Legal Konplè Reprezantan Pèsònèl la

(Ekri Ak Lèt Detache) _____ Relasyon _____

Enfòmasyon pou kontakte (mete # telefòn)

Siyati Reprezantan Pèsònèl la:

Dat la: _____

Ou dwe voye tounen aplikasyon ki ranpli yo bay:

Broward Emergency Management Division

Attn: Special Needs Registry

201 NW 84th Avenue Plantation, FL 33324

954/831-3902

Si w gen kesyon sou otorizasyon sa a, oswa pou anile otorizasyon sa a anvan dat ekspirasyon an oswa evènman an, ou dwe soumèt yon demann alekri bay adrès ki anwo la a.