

AMBULANCIA SOLICITUD DE TRANSPORTE

Parte del Programa Especial del Condado de Manatee Necesidades

Usted debe hablar con su equipo de atención médica y de su familia con respecto a qué hacer durante un huracán u otra emergencia que requiera una evacuación de su hogar.

Como parte del condado de Manatee Programa de Necesidades Especiales, los residentes pueden solicitar asistencia con el transporte en ambulancia a un hospital o clínica de reposo durante una evacuación de emergencia sólo si no hay otro medio de transporte o las opciones que albergan están disponibles.

Debe registrarse previamente antes de un evento de emergencia con el fin de ser incluidos en este programa.

Los solicitantes deben ser capaces de demostrar necesidad del programa. Se acepta su solicitud a este programa no garantiza su aplicación. Una persona de condado de Manatee puede ponerse en contacto con usted con respecto a su aplicación.

AMBULANCIA SOLICITUD DE TRANSPORTE

Parte del Programa Especial del Condado de Manatee Necesidades

DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN, TAL COMO UNA CARTA DEL HOSPITAL O DE ENFERMERÍA A DOMICILIO, LO QUE CONFIRMA USTED CUENTEN CON SISTEMAS DE DÓNDE VA A PERMANECER HECHO.

Envía el formulario al: **Manatee County Emergency Management, PO Box 1000, Bradenton, Florida 34206**

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE SOLICITA EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____ / _____ / _____ Masculino Hembra

Altura _____ Peso _____

Dirección física (incluya el apartamento / lot #) _____

Subdivisión _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundaria o TTY / TDD _____

Tipo de residencia [marque una casilla]:

Casa de una sola familia Vivienda multifamiliar Apartamento Casa móvil

Dirección postal: (Por favor, introduzca sólo si es diferente a su dirección física)

Dirección de envío _____ Ciudad _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Dirección física (incluya el apartamento / lot #) _____

Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundaria o TTY / TDD _____

ACUERDOS

De acuerdo con su médico, se le pedirá que ir a un hospital o asilo en caso de una evacuación de emergencia?

Sí: Nombre del médico _____

NO Número de teléfono del médico _____

¿Cómo sueles llegar a sus citas o viajes? COCHE BUS / BUS PRÁCTICO AMBULANCIA

He hecho planes con la siguiente casa del hospital / enfermería en el condado de Manatee: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

ASEGÚRESE DE ADJUNTAR SU DOCUMENTACIÓN

Autorizo al personal de respuesta de emergencia para entrar en mi casa para las operaciones de búsqueda y rescate.

Firma del individuo que solicita asistencia (o tutor legal)

Fecha

Nombre de la persona que completa este formulario (si no el individuo)

Teléfono