



Registro de Desastres para los Condados de Jackson y Josephine, Oregón **¿Necesitaría ayuda especial en caso de una emergencia?**

Podría considerar inscribirse en el Registro de Desastres si-en caso de una inundación, incendio forestal u otro desastre-usted o alguien a quien cuida:

- Necesitaría ayuda externa para salir de su hogar de manera segura durante un desastre.
- Estaría en peligro si permaneciera en su hogar, sin ayuda, durante tres días.
- Necesitaría una notificación especial sobre la necesidad de evacuar, debido a una discapacidad o limitación.

Si desea estar en el Registro de Desastres, o si desea inscribir a alguien por quien usted es legalmente responsable, por favor complete la solicitud en su totalidad, firmela y envíela por correo a la dirección que aparece a continuación.

Una vez que recibamos su solicitud, puede tomar hasta tres meses o más para que su información esté disponible para los Servicios de Emergencia.

¡ Esto No Es un Plan de Rescate!

Durante un desastre, el Registro de Desastres proporciona a Manejadores de Emergencias la ubicación de las personas que podrían necesitar ayuda. Sin embargo, no debe depender del Registro para mantenerse a salvo. En una situación de desastre, los equipos de respuesta podrían no ser capaces de llegar hasta usted, incluso si se ha inscrito en el registro. En lugar de depender únicamente del registro, debe elaborar un plan personal que responda a sus necesidades específicas en caso de emergencia.

Las instrucciones para prepararse ante un desastre pueden encontrarse en: <https://readyjacksonco.com/> , <https://www.ready.gov/es/haga-un-plan> , <https://www.redcross.org/cruz-roja.html> , <https://www.ready.gov/es/kit>

Una vez que esté inscrito en el Registro de Desastres, un voluntario le llamará por teléfono para mantener su información actualizada. Si tiene alguna pregunta sobre el Registro de Desastres, por favor llame a los Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades del Consejo de Gobiernos del Valle del Rogue al (541) 664-6674.

firmé y devuelva el formulario de solicitud adjunto a:
SDS RVCOG, P.O. Box 3275, Central Point, OR 97502

Anote la fecha en que se envió o entregó la solicitud y conserve copia de esta página para sus registros _____

Por favor recuerde: aunque esté inscrito en el Registro de Desastres, debe llamar al 911 si se encuentra en una situación que ponga en peligro su vida.

PREPARACIÓN PARA DESASTRES

PARA ADULTOS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDADES



Haga un plan de cómo se comunicará si tiene alguna necesidad de comunicación.



Haga un plan para su transporte si necesita ayuda para desalojar su vivienda.



Haga un plan sobre cómo desalojará con sus dispositivos de asistencia.



Haga un plan de alimentos, agua y artículos esenciales para usted y mascotas o animales de servicio.



Incluya medicinas, suministros médicos, baterías y cargadores.



Tenga copias de las tarjetas de Medicaid, Medicare y otros seguros.

LO QUE DEBE INCLUIR EN UN KIT DE PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

- ✓ Información de contacto de personas importantes y proveedores de atención.
- ✓ Una lista de sus medicinas, instrucciones de dosis y alergias.
- ✓ Información de contacto de su proveedor principal de salud.
- ✓ Información que deban saber el personal de respuesta y otros que podrían necesitar ayudarlo.



Listo.gov/discapacidad



¿Vive usted en un centro de hogar de retiro, hogar de cuidado o en un asilo de ancianos??

- ☐ Si. Deje de llenar la solicitud. Todos los establecimientos ya están en el Registro para Desastres
- ☐ No. No. Por favor llene esta aplicacion

*** Si otra persona en el hogar desea estar en el Registro para Desastres, debe enviar su propia solicitud.**

Nombre completo y apodo de la persona que se inscribirá en el Registro para Desastres:

Direccion: _____

Apartamento /espacio # _____ Ciudad: _____ Zip code _____

Telefono # _____ Correo electronico _____

(solo proporcione un numero)

Direccion donde recibe correo(si es distinta de la de arriba): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Su edad este dia: _____

Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Necesidades de acceso y funcionales:

- | | |
|---|---|
| ☐ Autismo | ☐ Postra do en cama |
| ☐ Deterioro cognitivo o problemas de memoria | ☐ Sordo o con problemas de audición |
| ☐ Diabético | ☐ Discapacidades intelectuales y de desarrollo |
| ☐ Diálisis | ☐ Equipos médicos eléctricos |
| ☐ Equipo médico | ☐ Usa oxígeno |
| ☐ Tiene un tanque de oxígeno portátil? | ☐ Movilidad limitada |
| ☐ ¿Toma algún medicamento? | ☐ Problema de salud mental |
| ☐ Parkinsons | ☐ Distrofia muscular |
| ☐ Alergias | ☐ problemas de visión |
| ☐ Peso más de 400 libras | ☐ Parálisis cerebral |
| ☐ Esclerosis múltiple | ☐ Espina bífida |
| ☐ Otro: _____ | |

Mobility:

¿Puede salir de su casa por sí mismo?

☐ Si

☐ No

Si su respuesta es no, ¿puede salir con ayuda? ¿Puede

☐ Si

☐ No

quedarse en su casa de manera segura durante 3 días?

☐ Si

☐ No

Contacto de emergencia: Ingrese solo un contacto

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono principal #: _____
(ingrese solo un numero)

Correo electronico _____

Relación con usted: _____ (esposo, hijo, hermano otro, etc.)

Otra información:

¿Tiene un animal de servicio?

☐ Si

☐ No

¿Tiene alguna mascota en su hogar?

☐ Si

☐ No

¿Tiene un trabajador social?

☐ Si

☐ No

¿Tiene seguro de AllCare?

☐ Si

☐ No

¿Tiene seguro de Jackson Care Connect?

☐ Si

☐ No

Firma:

Lea y marque ambas casillas antes de enviar.

- ☐ Autorizo al Consejo de Gobiernos del Valle del Rogue (Rogue Valley Council of Governments), Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades, a usar la información anterior para la creación y mantenimiento de una base de datos del Registro para Desastres y para el envío de correspondencia de SDS. Esta información se utilizará en caso de una crisis o desastre para fines de localización y evacuación.
- ☐ Doy mi consentimiento al Consejo de Gobiernos del Valle del Rogue (Rogue Valley Council of Governments), Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades, para compartir esta información con los trabajadores de los Servicios de Emergencia, los Planificadores de Emergencias y el personal del Centro de Operaciones de Emergencia, así como con otras agencias de emergencia. Entiendo que se comunicarán conmigo para asegurar que mi información esté actualizada y que de no proporcionar información actualizada puede resultar en que mi registro sea eliminado del Registro para Desastres.

Firma del individuo o tutor: _____

Fecha _____

¿Cómo se enteró del Registro para Desastres??

- ☐ En un evento
- ☐ Amigo/Familia
- ☐ Un medico
- ☐ Otro_____

Datos demográficos: La siguiente información se usará para informes estadísticos y es opcional.
Solicitamos estos datos para ayudarnos a solicitar subvenciones y fondos que permitan mantener el éxito del Registro para Desastres

Language principal:

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro lenguaje_____

Genero:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Transgenero
- ☐ no binario
- ☐ Prefiero no decir
- ☐ otro_____

Orientacion Sexual:

- ☐ Bisexual
- ☐ Gay
- ☐ Heterosexual/straight
- ☐ no binario
- ☐ Prefiero no decir
- ☐ otro_____

Raza/Etnicidad:

- ☐ Indio americano, Nativo de Alaska
- ☐ Negro o Africano Americano
- ☐ Medio Oriente) North Africano
- ☐ White o European American
- ☐ otro_____
- ☐ Asian or Asian American
- ☐ Hispano, Latino/a/x, or Latinoamerican
- ☐ Nativo Hawaiiano and Isleño del Pacífico
- ☐ Prefiero no decir