

## Đăng Ký Chương Trình Sơ Tán với Nhu Cầu Đặc Biệt

**Tổng Quan Chương Trình:** Chương Trình Sơ Tán với Nhu Cầu Đặc Biệt của Quận Pinellas cung cấp hỗ trợ đưa đón và nơi trú ẩn cho cư dân Quận Pinellas có những nhu cầu y tế cụ thể hoặc gặp khó khăn trong việc tiếp cận nơi trú ẩn khẩn cấp. Để thực hiện hỗ trợ này, Cơ Quan Quản Lý Ứng Phó Khẩn Cấp Quận Pinellas (PCEM) duy trì danh sách các cư dân Quận Pinellas đăng ký và đủ điều kiện nhận hỗ trợ đưa đón hoặc nơi trú ẩn có nhu cầu đặc biệt. Danh sách này cho phép chúng tôi xác định và hỗ trợ những cá nhân cần hỗ trợ trong quá trình sơ tán khẩn cấp.

**Quy Trình Sơ Tán:** Trong quá trình sơ tán khẩn cấp, nếu quý vị đang ở trong khu vực sơ tán bắt buộc, PCEM sẽ gọi điện và nhắn tin cho quý vị qua số điện thoại được ghi trong mẫu đăng ký của quý vị. Nếu quý vị cung cấp địa chỉ email, chúng tôi cũng sẽ gửi email cho quý vị. Những cuộc gọi, tin nhắn và email này yêu cầu quý vị xác nhận rằng quý vị cần phương tiện di chuyển. Nếu quý vị cần phương tiện di chuyển, sở cứu hỏa địa phương sẽ cung cấp dịch vụ đưa đón từ nhà quý vị đến nơi trú ẩn. Khi đã an toàn, quý vị sẽ được đưa về nhà. Điều quan trọng là quý vị phải kịp thời trả lời các cuộc điện thoại, tin nhắn và email từ chúng tôi trong trường hợp khẩn cấp để không bị lỡ dịch vụ đưa đón đến nơi trú ẩn.

**Tính Đủ Điều Kiện Tham Gia Chương Trình: Quý vị phải đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chí dưới đây để đủ điều kiện tham gia chương trình nhu cầu đặc biệt:**

- Các cá nhân đủ điều kiện được hỗ trợ đưa đón đến nơi trú ẩn nếu họ không có phương tiện di chuyển cá nhân hoặc không có phương tiện đi lại sẵn có khác.
- Các cá nhân đủ điều kiện nhận nơi trú ẩn theo nhu cầu đặc biệt hoặc bố trí cơ sở chăm sóc y tế nếu họ cần hỗ trợ nhưng không giới hạn ở việc phụ thuộc vào nguồn ôxy bổ sung, các thiết bị duy trì sự sống chạy điện, khó khăn đi lại, hỗ trợ thuốc men, cần lọc máu hoặc các tình trạng nhận thức như bệnh Alzheimer hoặc mất trí nhớ.

**Cách Đăng Ký:** Để đăng ký, vui lòng hoàn thành biểu mẫu ở trang 2 và gửi qua đường bưu điện hoặc bằng fax đến Cơ Quan Quản Lý Ứng Phó Khẩn Cấp Quận Pinellas (**địa chỉ gửi thư và số fax ở cuối trang 2**). Dựa trên phản hồi của quý vị, chúng tôi sẽ chỉ định quý vị đến một trong những loại nơi trú ẩn sau: nơi trú ẩn chung, cơ sở thân thiện với vật nuôi, cơ sở nhu cầu đặc biệt hoặc cơ sở chăm sóc y tế như bệnh viện và chúng tôi sẽ ghi lại nhu cầu đưa đón của quý vị.

**Lưu ý: Nếu quý vị không cần hỗ trợ đưa đón và không đáp ứng yêu cầu y tế để được bố trí nơi trú ẩn nhu cầu đặc biệt, biểu mẫu của quý vị sẽ không được đưa vào Chương Trình Sơ Tán với Nhu Cầu Đặc Biệt.** Thay vào đó, chúng tôi khuyến nghị quý vị đăng ký **Alert Pinellas** tại địa chỉ <https://pinellas.gov/alert-pinellas>. Alert Pinellas cung cấp thông báo khẩn cấp miễn phí về thời tiết khắc nghiệt, thông báo nước sôi, sơ tán, v.v.

**Sơ Tán Cùng Vật Nuôi:** Nếu quý vị cần một nơi trú ẩn cho nhu cầu đặc biệt và cần sơ tán cùng vật nuôi của mình, quý vị sẽ được chuyển đến nơi trú ẩn nhu cầu đặc biệt, nơi vật nuôi của quý vị sẽ được Cơ Quan Dịch Vụ Chăm Sóc Động Vật Quận Pinellas tiếp nhận và chăm sóc. Những người sơ tán cùng với vật nuôi không cần nơi trú ẩn nhu cầu đặc biệt hoặc cơ sở chăm sóc y tế sẽ được chuyển đến nơi trú ẩn thân thiện với vật nuôi. Tại những nơi trú ẩn này, người sơ tán có trách nhiệm tự chăm sóc vật nuôi của mình. Với những người đăng ký cần hỗ trợ đưa đón đến cơ sở chăm sóc y tế bằng xe cứu thương, đại diện Cơ Quan Dịch Vụ Chăm Sóc Động Vật Quận Pinellas sẽ đến đón vật nuôi của họ. Động vật trợ giúp được chào đón ở tất cả các nơi trú ẩn và không cần đăng ký cho động vật trợ giúp.

Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập [www.pinellas.gov/special-needs](http://www.pinellas.gov/special-needs) hoặc gọi cho chúng tôi theo số (727) 464-3800.

Thông Tin Người Đăng Ký			
*Tên:		*Họ:	
*Số Đường:		*Tên Đường	
Thành phố:		*Bang:	*Mã Zip:
Tên Tòa nhà:		Số Căn Hộ:	
Tên Khu Phúc Hợp:			
* Loại nơi cư trú (Loại nhà ở):		* Hoàn cảnh sống:	
<input type="checkbox"/> Một gia đình	<input type="checkbox"/> Nhiều gia đình	<input type="checkbox"/> Chung cư	<input type="checkbox"/> Di động
		<input type="checkbox"/> Một mình	<input type="checkbox"/> Người thân
		<input type="checkbox"/> Khác	
*Ngày sinh [MM/DD/YYYY]:		*Số điện thoại chính [(XXX)XXX-XXXX]:	
		Số điện thoại phụ [(XXX)XXX-XXXX]:	
Địa chỉ email:			
Thông tin Người liên hệ khẩn cấp			
*Tên:		*Họ:	
*Số điện thoại chính [(XXX)XXX-XXXX]:		*Mối liên hệ với Người đăng ký:	
( ) -		<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ	<input type="checkbox"/> Con
		<input type="checkbox"/> Người chăm sóc	<input type="checkbox"/> Khác
Địa chỉ email:			
Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng khả năng tốt nhất của quý vị			
1. Quý vị có cần hỗ trợ đưa đón không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
2. Người chăm sóc có sơ tán cùng quý vị không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, Số người sơ tán cùng quý vị:	
3. Có vật nuôi sơ tán cùng quý vị không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, Số vật nuôi sơ tán:	
4. Quý vị có được coi là phải nằm liệt giường không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
* Nằm liệt giường = Luôn phải nằm trên giường, ngay cả khi có sự trợ giúp.			
5. Quý vị có yêu cầu sử dụng bất kỳ thiết bị hoặc thiết bị y tế nào sau đây không?			
5.1 Xe lăn:			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
5.2 Thiết bị nâng Hoyer hoặc bất kỳ thiết bị/máy móc y tế nào để ra khỏi giường:			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
5.3 Bơm hút, Bơm IV, Máy thở, v.v.			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
5.4 CPAP/BiPAP, Máy cô đặc, Máy phun sương, Máy theo dõi tim, v.v.			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
6. Quý vị có được chẩn đoán lâm sàng là “Tự gây thương tích” hoặc “Nguy hiểm với người khác” không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
7. Quý vị có cần tiêm insulin hoặc cần sử dụng bơm insulin không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
8. Quý vị có thuốc cần bảo quản lạnh không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
9. Quý vị có cần lọc máu không?			<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
10. Quý vị có cần trợ giúp về thuốc không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, trợ giúp tối thiểu.	<input type="checkbox"/> Có, cần trợ giúp.
11. Quý vị có bị suy giảm trí nhớ không??	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, mức độ trung bình.	<input type="checkbox"/> Có, nghiêm trọng.
12. Quý vị có sử dụng ống truyền thức ăn/bơm thức ăn không? Vui lòng nêu rõ.	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, nhưng không cần trợ giúp.	<input type="checkbox"/> Có, cần trợ giúp.
13. Quý vị có/cần trợ giúp về ống thông không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, nhưng không cần trợ giúp.	<input type="checkbox"/> Có, cần trợ giúp.

Gửi biểu mẫu qua đường bưu điện: 10750 Ulmerton Rd, Building 1, Suite 267, Largo, FL 33778 | qua Fax: (727) 464-4024.  
 Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập [www.pinellas.gov/special-needs](http://www.pinellas.gov/special-needs) hoặc gọi cho chúng tôi theo số (727) 464-3800.

14. Quý vị có/cần giúp đỡ về vấn đề tiểu không tự chủ không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, nhưng không cần trợ giúp.	<input type="checkbox"/> Có, cần trợ giúp.			
* Tiểu không tự chủ = Thiếu khả năng tự chủ trong việc đi tiểu hoặc đại tiện.						
15. Quý vị có sử dụng mặt nạ/bình dưỡng khí không? Cần bao nhiêu ôxy?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có, Lit/phút (LPM):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			