

Resumen del programa: El Programa de Evacuación con Necesidades Especiales del condado de Pinellas brinda asistencia de transporte y refugio a los residentes del condado de Pinellas con ciertas necesidades médicas o con dificultades para acceder a refugios de emergencia. Para ello, la Administración de Emergencias del Condado de Pinellas (PCEM) mantiene una lista de los residentes del condado de Pinellas que solicitan y son elegibles para recibir asistencia de transporte gratuito y/o refugio para necesidades especiales. Esta lista nos permite identificar y apoyar a las personas que necesitan ayuda durante una evacuación de emergencia.

Elegibilidad para el programa: Debe satisfacer al menos uno de los siguientes criterios para calificar para el programa de necesidades especiales:

- Necesita ayuda con el transporte a un refugio debido a que no tiene transporte personal o acceso a otros medios de transporte disponibles.
- Necesita ayuda, por ejemplo, con oxígeno suplementario, dispositivos de soporte vital operados por electricidad, problemas de movilidad, medicamentos, diálisis, o afecciones cognitivas como Alzheimer o demencia.

Cómo registrarse: Para registrarse, complete el formulario en la página 2 y envíelo por correo postal o fax a la Administración de Emergencias del Condado de Pinellas (**la dirección postal y el número de fax se encuentran al final de la página 2**).

Las personas elegibles recibirán una carta de confirmación e instrucciones sobre qué esperar si el programa se activa y es posible que deban evacuar. Las cartas de confirmación anual se envían en mayo. Si se inscribe después del 1.º de mayo, la carta se envía quincenalmente hasta el 30 de noviembre.

Nota: Si no necesita ayuda de transporte y no satisface los requisitos médicos de refugios para necesidades especiales, su formulario no se ingresará a nuestro Programa de Evacuación con Necesidades Especiales. Le enviaremos un mensaje por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico para informarle si usted no es elegible.

Evacuaciones con mascotas: Si necesita un refugio para necesidades especiales y está evacuando con una mascota, será transportado a un refugio para necesidades especiales donde Servicios para Animales del Condado de Pinellas recibirá y cuidará a sus mascotas. Los evacuados con mascotas que solo necesitan ayuda de transporte y no requieren un refugio para necesidades especiales o una instalación administrada médicamente serán transportados a un refugio que admita mascotas. En estos refugios, los evacuados son responsables del cuidado de sus propias mascotas. Un representante de Servicios para Animales del Condado de Pinellas recogerá las mascotas de los solicitantes registrados que necesiten transporte en ambulancia a una instalación administrada médicamente.

Los animales de servicio son bienvenidos en todos los refugios. No es necesario registrar un animal de servicio.

Para obtener más información, visite pinellas.gov/special-needs o llámenos al (727) 464-3800.

Le recomendamos encarecidamente que se registre para **Alert Pinellas** en pinellas.gov/alert. Alert Pinellas proporciona notificaciones de emergencia gratuitas sobre condiciones climáticas adversas, avisos de hervir agua, evacuaciones y más.

Formulario de registro del Programa de Evacuación con Necesidades Especiales del condado de Pinellas

Información del solicitante		
	/ /	
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento [p. ej., mm/dd/aaaa] () -
Correo electrónico	Teléfono [p. ej., (###) ###-####]	
Domicilio	Idioma principal	
N.º de apto./edificio/lote	Ciudad	Código postal
<input type="checkbox"/> Unifamiliar	<input type="checkbox"/> Multifamiliar	<input type="checkbox"/> Casa móvil
<input type="checkbox"/> Apartamento		<input type="checkbox"/> Condominio
Tipo de hogar / residencia		
Información del contacto de emergencia		
		() -
Nombre	Apellido	Teléfono
Correo electrónico	Relación con el solicitante	
Evaluación de necesidades de refugio		
1a. ¿Evacuará solo/a (excluyendo mascotas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
1b. Si respondió "no", ¿cuántas personas evacuarán con usted?	_____ Personas totales	
2a. ¿Mascotas evacuarán con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2b. Si respondió "sí", ¿cuántas mascotas evacuarán con usted?	_____ Mascotas totales	
3. ¿Necesita ayuda con el transporte hacia y/o desde un refugio o centro de atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Está confinado/a a una cama en todo momento y no puede levantarse ni siquiera con ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Necesita una silla de ruedas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Necesita un elevador Hoyer o cualquier equipo/maquinaria médica para levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Necesita una bomba de succión o una bomba intravenosa (IV)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Necesita un ventilador médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Necesita un CPAP/BiPAP, concentrador, nebulizador, monitor cardíaco externo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Le han diagnosticado clínicamente que representa un "peligro para los demás" o se autolesiona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Necesita ayuda de un asistente de salud a domicilio o un profesional médico para inyectar su medicamento de insulina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Tiene medicamentos que requieren refrigeración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿Recibe tratamiento de diálisis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿Necesita una sonda o bomba de alimentación?	<input type="checkbox"/> Sí, y un cuidador o yo podemos manejarlo <input type="checkbox"/> Sí, y necesito ayuda del personal del refugio para manejarlo <input type="checkbox"/> No	
15. ¿Necesita ayuda de un asistente de salud a domicilio o un profesional médico para ayudarlo con un catéter, una bolsa de colostomía o una bolsa de ostomía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
16. ¿Sufre de incontinencia y necesita ayuda de un asistente de salud a domicilio o un profesional médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17. ¿Necesita ayuda de un asistente de salud a domicilio o un profesional médico para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
18. ¿Le han diagnosticado demencia u otra condición que afecta su memoria?	<input type="checkbox"/> Sí, moderada <input type="checkbox"/> Sí, severa <input type="checkbox"/> No	
19a. ¿Necesita oxígeno suplementario?	<input type="checkbox"/> Sí, menos de 4 litros por minuto <input type="checkbox"/> Sí, más de 4 litros por minuto <input type="checkbox"/> No	
19b. En caso afirmativo, ¿cuánto?	_____ litros por minuto (lpm) _____ horas por día (hpd)	
20. ¿Quién envía este formulario al condado?	<input type="checkbox"/> Yo mismo/a <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Agencia de salud a domicilio <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Familiar	
21a. ¿Actualmente recibe atención médica a domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
21b. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la agencia?	_____	
22. ¿Actualmente pesa más de 350 libras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
23. ¿Necesita cuidado de heridas por parte de un asistente de salud a domicilio o un profesional médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	