

## 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