

## MADISON COUNTY /BRAZOS VALLEY SPECIAL ASSISTANCE REGISTRY

Date \_\_\_\_\_ Do you have transportation to evacuate?  Yes  No

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Ph#1: \_\_\_\_\_ Ph#2: \_\_\_\_\_

Is address posted?  Yes  No Gender:  Female  Male Date of Birth: \_\_\_\_\_

### In case of emergency, contact:

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_ Ph#: \_\_\_\_\_

If others are evacuating with you, how many? \_\_\_\_\_

Do you have a service animal and/or pet?  Yes  No If yes, how many? \_\_\_\_\_ What kind? \_\_\_\_\_

Do you have carriers for every service animal and pet?  Yes  No

Do you or anyone evacuating with you use oxygen?  Yes  No

Do you have medical special needs?  Yes  No

(One who needs assistance during evacuation and sheltering because of physical or mental handicaps OR one who requires a level of care and resources beyond the basic first aid level of care that is available in shelters for the general population.)

Do you currently utilize a caregiver or service?  Yes  No Please give their contact phone number: \_\_\_\_\_

Do you currently receive homebound meal services through Madison County?  Yes  No

What category describes your special needs?

- A person who does not have special needs, but is without transportation.
- A person dependent on others or in need of others for routine care (eating, walking, toileting, etc.). Child under 18 without adult supervision, etc.
- A person who is blind, hearing impaired, deaf/blind, or has an amputation.
- A person needing assistance with medical care administration, monitoring by a nurse, dependent on care equipment, assistance with medications, mental health disorders.
- A person outside an institutional facility care setting who requires extensive medical oversight (i.e. IV chemotherapy, ventilator, peritoneal dialysis, hemodialysis, life support equipment, hospital bed and total care, and/or is morbidly obese)
- A person in an institutional facility care setting such as hospitals, long-term care/assisted living facilities, or state schools.

Do you use a wheelchair?  Yes  No

Are you confined to a bed?  Yes  No

Do you require power for medical equipment?  Yes  No

*Return completed forms to:*

Madison County Office of Emergency Management

101 West Main, Suite B-13,

Madisonville, Texas 77864; OR

FAX: 936-348-6614; OR email to [shelly.butts@madisoncountytexas.org](mailto:shelly.butts@madisoncountytexas.org);

OR Call 2-1-1.



## REGISTRO DE ASISTENCIA ESPECIAL DE BRAZOS VALLEY/CONDADO DE MADISON

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted el transporte para evacuar?  Si  No

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección De Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

¿Está la dirección anunciada?  Si  No Género:  Mujer  Hombre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, contacto:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Si otros evacúan con usted, cuántos? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un animal del servicio y/o una mascota?  Sí  No ¿Si sí, cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Qué clase? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted portadores para cada animal del servicio y cada mascota?  Si  No

¿Usted o alguna otra persona evacuando con usted usan oxígeno?  Si  No

¿Necesita usted de algún servicio para personas con necesidades especiales médicas?  Si  No

(Uno que necesita ayuda durante la evacuación y refugio a causa de una condición física, o retraso mental, o requiere un nivel del cuidado y recursos más allá del nivel básico de primeros auxilios del cuidado que está disponible en los refugios para la población general.)

¿Qué categoría describe sus necesidades especiales?

- Nivel 0:** Una persona que no tiene alguna necesidad especial, pero está sin transporte.
- Nivel 1:** Un persona dependiente de otra persona para el cuidado rutinario (comer, caminar, ir al cuarto del baño, etc.). Un niño bajo 18 de edad sin la supervisión adulta, etc.
- Nivel 2:** Una persona que es ciega, a sufrido algún daño a los oídos, es sordo/ciego, o tiene una amputación.
- Nivel 3:** Una persona que necesita ayuda con la administración médica del cuidado, o necesita ser vigilando por una enfermera, y el dependiente en el equipo del cuidado le ayuda con la medicina. Una persona que sufre de los desórdenes mentales de la salud.
- Nivel 4:** Una persona fuera del cuidado institucional que requiere el uso de medicamento extenso (es decir la quimioterapia de suero, ventilador, el diálisis de peritoneal, la diálisis, equipo de apoyo de vida, cama de hospital y cuidado total, y/o es morbosamente obeso).
- Nivel 5:** Una persona el cuidado institucional como los hospitales, una casa de convalecientes de largo plazo, o alguna escuela del estado.

Si usted seleccionó el Nivel 3, 4, o 5: ¿Utiliza usted una silla de ruedas?  Si  No

¿Está usted confinado una cama?  Si  No

¿Requiere usted electricidad para el equipo médico?  Si  No



*Regresa la forma completa a:*  
Madison County Office of Emergency Management  
101 West Main, Suite B-13,  
Madisonville, Texas 77864; OR  
FAX: 936-348-6614; OR email to shelly.butts@madisoncountytexas.org;  
OR Call 2-1-1.

