

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;

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.

