Registre d'Urgence de Besoins Spéciaux du Rhode Island

Pour les personnes avec des conditions chroniques et des besoins de santé spéciaux

Le Département de Santé (HEALTH) du Rhode Island et l'Agence de Gestion d'Urgence du Rhode Island (RIEMA) ont développé un registre pour les **résidents du Rhode Island avec des incapacités, des conditions chroniques et des besoins spéciaux.** En remplissant ce formulaire vous permettez à EMA et à HEALTH de partager vos informations avec les répondeurs d'urgence locaux et de l'état, tels que la police ou les pompiers. Les informations que vous fournissez permettront aux répondeurs d'urgence de répondre à vos besoins pendant une urgence.

Instructions: Qui doivent être comprises dans ce registre, remplissez un formulaire, le signer et l'envoyer â RI EMA, Database Manager, 645 New London Ave, Cranston, RI 02920 ou bien au registre en ligne www.health.ri,gov/emregistry. Si vous avez des questions, veuillez appeler 401-946-9996 (voix) ou RI Relay 711 (TTY). Si vous ne pouvez pas remplir ce questionnaire vous-même, faites le remplir par un membre de votre famille ou le soignant, signer et le faire envoyer pour vous.

Les lignes avec un astérisque (*) sont obligatoires.

□ Nouvelle Inscription □ Mise à jour de l'Inscription

Information Générale

NOM* (Nom & Prénoms)_____ SEXE: □ Male □ Female Année de Naissance: _____
ADRESSE DE LA RUE:*_____APPARTEMENT/UNIT ou ETAGE_____
VILLE/VILLAGE:*_____CODE POSTAL*:_____
TELEPHONE MAISON*:_____TDD/TTY:_____

LANGUE: Dans quelle langue préférez-vous recevoir les communications d'urgence ou l'assistance ?

□ Anglais □ Espagnol □ Portugais □ Français □ Vietnamien
□ Chinois □ Hmong □ Cambodgien □ Laotien □ Autre langue

ETHNIE : Vous considérez-vous Hispanique ou Latin (Latino)

RACE : Marquer ce qui s'applique

□ Blanche □ Indien Américain/Natif Alaska □ Africain Américain/Black
□ Asiatique □ Natif Hawaiien/Iles du Pacifique □ Autre ethnie

Mobilité

Etes vous grabataire? □ Oui □ Non
Pouvez vous marcher sans assistance? □ Oui □ Non

Qu'utilisez-vous (Marquer tous ce qui s'applique)

□ Chaise roulante/ Véhicule de mobilité
□ Cadre de marche/Canne □ Prothèse
□ Béquilles □ Autre_____
□ Animal d'assistance □ Rien de cela

Systèmes d'Entretien de la Vie

Quels sont les systèmes d'entretien de la vie que vous Utilisés ? Marquer tous ce qui s'applique.

□ Oxygène
□ Respirateur/Ventilateur
□ Dialyses
□ Electrique (Stimulateur cardiaque, Défibrillateur)
□ Autre:_____
□ Aucun des appareils ci-dessus

Dépendez-vous de l'insuline? □ Oui □ Non

Vision, Audition, Parole et Autres Incapacités

Etes-vous…(marquer tous ce qui s'applique)

□ Visuellement diminué □ Non-verbal
□ Légalement aveugle □ Cognitive/ Retard de Développement
□ Dur d'oreille
□ Sourd □ Autre_____
□ Orthophonie □ Aucune de ces déficiences

NOTA : En signant ce questionnaire et en le soumettant au RIEMA, je permets que mes informations soient partagées avec les répondeurs d'urgence locaux et de l'état. Je comprends que RIEMA partage ces informations afin de mieux me servir durant une urgence, mais ils ne peuvent garantir l'assistance dans <u>tous</u> les cas. Je comprends aussi que ceci est volontaire.

Signature de la personne qui remplie ce questionnaire
Nom: _____
Date: _____