



Aplikasyon Pou Abri Pou Timoun ki gen Bezwen Espesyal Nan Konte Broward

DAT APLIKASYON AN : _____

ENFÒMASYON KONSÈNAN ABRI PEDYATRIK LA

Mèsi pou enterè ou nan Abri Pou Timoun ki gen Bezwen Espesyal Nan Konte Broward la. Tanpri konprann abri a se dènye refij ou pandan tout peryòd kote gen danje ak lòt ijans. Menmsi nou ofri sèvis debaz tankou manje, elektrisite, ak sipèvizyon medikal ; kliyan yo ak moun k ap bay swen yo dwe bay manje anplis ak tout medikaman pandan twa premye (3) jou yo.

Tanpri sonje : Nou bay yon ti kabann pòtab pou kliyan yo. Moun k ap bay swen yo dwe gen pwòp aranjman yo pou yo dòmi.

Voye tounen fòm nan bay: Florida Department of Health in Broward County Special Needs Shelter Program, 780 SW 24th Street, Fort Lauderdale, FL 33315 OR Fax (954) 767-5155. Pou plis enfòmasyon, rele (954) 847-8136

IDANTIFIKASYON TIMOUN NAN

NON FANMI : _____ PRENON : _____

DAT NESANS : ____/____/____ WOTÈ : ____PYE ____POUS PWA : ____

SÈKS : GASON oswa FI LANG LI PALE : _____

TELEFÒN KAY : _____ TELEFÒN SELILÈ : _____

ENFÒMASYON KONSÈNAN REZIDANS TIMOUN NAN

ADRÈS: _____ NIMEWO APATMAN / LO: _____

VIL: _____ KÒD POSTAL: _____ IMÈL: _____

ADRÈS POSTAL : MENM AK SA KI ANWO A _____

VIL : _____ KÒD POSTAL : _____

Èske ou abite nan etaj ki piwo pase nivo lari a?

WI Si repons la se WI, nan ki etaj? _____

NON BILDING LI ABITE A : _____ KÒD PÒT LA : _____

KALITE LOJMAN :

- KAY POU YON FANMI DIPLÈKS/PLIZYÈ FANMI
 KAY MOBIL APATMAN KONDOMINYÒM

ENFÒMASYON KONSÈNAN PARAN/RESPONSAB LEGAL

Responsab legal yo toujou dwe ap siveye timoun yo.

NON: _____ RELASYON: _____

IMÈL: _____

TELEFÒN KAY: _____ TELEFÒN SELILÈ: _____

ADRÈS : _____ APATMAN _____

VIL : _____ ETA : _____ KÒD POSTAL : _____

MOUN POU KONTAKTE SI TA GEN YON IJANS

NON : _____ RELASYON : _____ TELEFÒN : _____

NON : _____ RELASYON : _____ TELEFÒN : _____

ÈSKE TIMOUN NAN SE YON KLIYAN PLAN SWEN KOWÒDONE CHILDREN'S MEDICAL SERVICES (CMS)?

WI oswa NON

ENFÒMASYON KONSÈNAN SIPÒ MEDIKAL

DOKTÈ PRENSIPAL: _____ TELEFÒN: _____

AJANS SANTE LAKAY: _____ TELEFÒN: _____

KOTE KI AP BAY SWEN OSPIS _____ TELEFÒN: _____

FOUNISÈ EKIPMAN MEDIKAL POU KAY: _____ TELEFÒN: _____

SANT DYALIZ: _____ TELEFÒN: _____

FOUNISÈ OKSIJÈN _____ TELEFÒN: _____

SÈVIS TRANSPÒ

Èske timoun nan bezwen sèvis transpò pou mennen li nan yonabri bezwen espesyal? WI oswa NON

ASISTANS LI BEZWEN NAN VI LI CHAK JOU (Tcheke tout sa li bezwen)

1. Asistans li Bezwen Nan Vi Li Chak Jou:

Fè twalèt Pran Medikaman Manje Mache plis pase 50 pye Leve nan kabann Abiye

2. Èske pitit la kapab dòmi nan yon ti kabann mobil? WI oswa NON

BEZWEN ESPESYAL (tcheke tout bezwen espesyal li genyen)

| Bezwen Elektrik | Evalyasyon Mobilite | Ekipman Espesyalize |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monitè Apne <input type="checkbox"/> Bi-Pap oswa C-Pap <input type="checkbox"/> Monitè Kadyak <input type="checkbox"/> Ponp Manje <input type="checkbox"/> Medikaman sewòm venn <input type="checkbox"/> Medikaman li bezwen mete nan frijidè <input type="checkbox"/> Nebilizatè <input type="checkbox"/> Ponp Aspirasyon <input type="checkbox"/> Aparèy Pou Konsantre Oksijèn <input type="checkbox"/> Oksijèn : _____èdtan sou _____lit pa minit <input type="checkbox"/> Medikaman Sewòm | <input type="checkbox"/> Timoun nan kapab mache- <p style="text-align: center;">oswa timoun nan itilize yon:</p> <input type="checkbox"/> Baton <input type="checkbox"/> Wakè <input type="checkbox"/> Chèz woulant / eskoutè <input type="checkbox"/> Aparèy pou leve li soti nan kabann <input type="checkbox"/> Lòt : _____ <input type="checkbox"/> Kloure nan kabann | <input type="checkbox"/> Tib pou bay Manje <input type="checkbox"/> Ekipman Sewòm <input type="checkbox"/> Bèt Sèvis <input type="checkbox"/> Lòt _____ <input type="checkbox"/> Vantilatè PB _____ F1O ₂ _____ Kontwòl Presyon _____ To _____ Ti _____ |
| Evalyasyon Kognitif | Newolojik/Sansoryèl | Swen/Konsiderasyon Espesyal |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Anksyete <input type="checkbox"/> Otis <input type="checkbox"/> Pwoblèm Konpòtman <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Reta nan Devlopman <input type="checkbox"/> Twoub Konpilsif Obsesif <input type="checkbox"/> Sikoz Kontwole <input type="checkbox"/> Sikoz ki pa Kontwole | <input type="checkbox"/> Avèg <input type="checkbox"/> Soud <input type="checkbox"/> Pwoblèm Pou Tande <input type="checkbox"/> Kriz ki Kontwole <input type="checkbox"/> ki pa Kontwole <input type="checkbox"/> Pwoblèm Pou Wè | <input type="checkbox"/> Katetè Foley <input type="checkbox"/> Blesi ouvè / Dekibitis <input type="checkbox"/> Ostomi <input type="checkbox"/> Mete Kouchèt <input type="checkbox"/> Dyaliz : (#) _____jou pa semèn <input type="checkbox"/> Rejim Alimantè Espesyal Tanpri Esplike: _____ _____ |

DYAGNOSTIK

| | |
|---|---|
| Maladi Kwonik men Etab | <input type="checkbox"/> Afazi (Difikilte pou kominike) <input type="checkbox"/> Opresyon <input type="checkbox"/> Anomali Kadyak (Kontwole ak medikaman epi bezwen sipèvizyon) Tanpri esplike : _____ <input type="checkbox"/> Kansè Tanpri esplike : _____ <input type="checkbox"/> Dyaliz Peretoneyal Anbilatwa Kontini (Etab, pran swen tèt li) <input type="checkbox"/> Mikovisidoz <input type="checkbox"/> Dyabèt/Ipèglisemi (bezwen asistans ak ensilin ak siveyans) <input type="checkbox"/> Dyaliz (Peritoneyal ak Emodyaliz) (Dyaliz pa disponb nanabri a) <input type="checkbox"/> Katetè Foley <input type="checkbox"/> Zo Kase (Swen ak zepeng / chanjman pansman) <input type="checkbox"/> Emofili <input type="checkbox"/> Maladi nan Poumon Lòt Tanpri esplike: _____ <input type="checkbox"/> Pwoblèm Newolojik Tanpri esplike: _____ <input type="checkbox"/> Kriz (malkadi) Kontwole <input type="checkbox"/> Anemi falsifòm |
| Maladi Kwonik men Etab Ak Pwoblèm Mobilite | <input type="checkbox"/> Enfimite Motris Serebral <input type="checkbox"/> Sou Chèz Woulant Akòz Maladi (Tankou : Esklewoz Lateral Amyotwofik, Aksidan Vaskilè Serebral, Esklewoz an Plak, Distwofi Miskilè, elatriye) Tanpri esplike : _____ |
| Depann sou Elektrisite | <input type="checkbox"/> Ekipman Medikal Alimante ak Elektrisite |
| Depann sou Oksijèn | <input type="checkbox"/> Depann sou Oksijèn |

Mete nenpòt pwoblèm medikal: _____

Alèji: WI oswa NON _____

MEDIKAMAN PRESKRIPSYON

| Non Medikaman an : | Dòz : | Kantite fwa pa jou : |
|--------------------|-----------|----------------------|
| 1. _____ | 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 5. _____ | 5. _____ |
| 6. _____ | 6. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 7. _____ | 7. _____ |
| 8. _____ | 8. _____ | 8. _____ |
| 9. _____ | 9. _____ | 9. _____ |
| 10. _____ | 10. _____ | 10. _____ |

**Depatman Sante Florida, Depatman Sante Konte Broward
Aplikasyon Pou Asistans ak Abri Pou Moun ki Gen Bezwen Espesyal ak
Transpò Pou Evakyasyon**

**DEKLARASYON POU DI OU KONPRANN AK SIYATI POU BAY OTORIZASYON
POU UTILIZE AK PATAJE ENFÒMASYON SANTE PWOTEJE**

Depatman Sante, Depatman Konte Broward (Broward County Health Department, BCHD) pral itilize enfòmasyon ki nan aplikasyon sa a ansanm ak materyèl epi enfòmasyon siplemantè mwen te bay yo pou detèmine ki asistans pou abri ak evakyasyon ann ijans, si genyen, pwogram sa a kapab bay timoun minè ki idantifye nan aplikasyon sa a.

Mwen konfime enfòmasyon ki sou aplikasyon sa a se enfòmasyon ki vrè ak kòrèk dapre tout sa mwen konnen. Mwen konprann si yo aksepte li, timoun minè an ap jwenn asistans sèlman pandan ijans la, epi mwen ta dwe fè nenpòt lòt aranjman davans sizoka timoun minè a pa ka retounen lakay li.

Depi mwen siyen anba la a, sa vle di mwen bay pèmasyon ak otorizasyon pou BCHD pataje enfòmasyon ki sou aplikasyon an, ansanm ak enfòmasyon medikal yo, bay lòt manm pèsònèl ekip entèvansyon pou ijans, ajans sèvis imen, ofisyèl gouvènman oswa moun BCHD jije li nesèsè pou evalye bezwen timoun ki idantifye nan aplikasyon sa a ak pou bay li transpò ak abri.

Si ta gen nenpòt chanjman nan enfòmasyon mwen bay yo pou enskripsyon pou asistans ak abri oswa evakyasyon ijan an, m ap bezwen ranpli yon nouvo aplikasyon epi re-soumèt li.

Answit, mwen konprann si yo aksepte mwen nan rejis la epi BCHD mande plis enfòmasyon oswa mwen pa soumèt enfòmasyon yo mande a atan oswa yo pa ka jwenn mwen, BCHD kapab retire timoun nan sou rejis la. Otorizasyon sa a ap rete valab pou 12 mwa apre dat siyati mwen an.

Dosye ak dokiman mwen soumèt pou rejis sa a konfidansyèl ak/oswa gen egzansyon selon lwa Florida.

Non Legal Konplè Timoun/Pasyan an (EKRI AK LÈT DETACHE): _____

Paran/Responsab Legal Timoun nan/Pasyan (SIYATI): _____

Paran/Responsab Legal Timoun nan/Pasyan (EKRI AK LÈT DETACHE): _____

Dat la: _____

**Aprè yo fin egzaminen aplikasyon sa a, paran/responsab legal la pral resevwa
yon lèt ki chwazi yon abri bezwen espesyal pou timoun, abri jeneral, oswa
nivo swen ki pi wo pou timoun nan.**