



추가적인 지원이 필요한 개인 등록 서류

리지우드 응급상황대처반 은 장애인, 만성질환자, 특별질환자 등이 응급 상황에 처했을 경우 이들을 효과적으로 돕기 위하여 사전 등록제를 운영하고 있습니다. 등록된 정보는 긴급 상황시에만 주정부와 지역의 긴급구조요원 (경찰관, 소방관, 응급의료진 등)과 공유하게 됩니다. 본인이 제공하는 정보는 비상시 긴급구조요원들이 도울 때 도움이 될 수 있습니다.

작성한 서류는 **Special Needs Registry, Ridgewood OEM, 131 N. Maple Ave, Ridgewood NJ, 07450** 로 보내시면 됩니다.

문의사항이 있을 경우 (201) 670-5500 x2380 으로 전화하십시오. 이 서류를 스스로 작성하지 못할 경우 가족, 간병인, 또는 다른 대리인이 본인을 대신하여 작성할 수도 있습니다.

이름: _____ 가운데 이름 첫 글자: _____ 성: _____ 성별: 남 여

생년월일: ____ / ____ / ____ 도로 주소: _____

아파트 번호 /층: _____ 구/군/시: **Ridgewood, NJ** 우편번호: **07450**

전화번호: _____ 핸드폰 번호: _____ TTY: _____

이메일: _____ 비상 연락처 이름: _____ 전화 번호: _____

생명 유지 장치
해당 되는 것에 모두 체크 해 주세요.
<input type="checkbox"/> 산소: <input type="checkbox"/> 산소통 <input type="checkbox"/> 산소 제조기/산소 발생기
<input type="checkbox"/> 인공호흡기/산소호흡기: <input type="checkbox"/> 백업 할 수 있는 배터리가 있나요?
<input type="checkbox"/> 투석: <input type="checkbox"/> 병원에서 <input type="checkbox"/> 집에서
<input type="checkbox"/> 심장 관련: <input type="checkbox"/> 심박조율기 <input type="checkbox"/> 제세동기
당뇨가 있으십니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 인슐린에 의존해야 합니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 그 외: _____ <input type="checkbox"/> 위에 있는 것 모두 사용하지 않음.

이동성 여부
침대에 제한되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오
도움 없이 혼자 걸을 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오
혼자 사십니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답하기 거부
현재 이동 할 때 어떤 수단을 이용 하십니까? (해당 되는 것에 모두 체크해 주세요.)
<input type="checkbox"/> 휠체어 및 전동 휠체어
<input type="checkbox"/> 보조기/지팡이 <input type="checkbox"/> 의족: _____
<input type="checkbox"/> 목발 <input type="checkbox"/> 그 외: _____
<input type="checkbox"/> 도우미견 또는 안내견 <input type="checkbox"/> 위에 있는 것 모두 이용하지 않음

감각, 인지 장애 및 정신 질환
현재 해당 되는 것에 모두 체크 해 주세요.
<input type="checkbox"/> 시각 장애 <input type="checkbox"/> 언어 장애
<input type="checkbox"/> 법적인 맹인 <input type="checkbox"/> 비 언어 장애
<input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 인지/발달 지연
<input type="checkbox"/> 보청기 사용
<input type="checkbox"/> 청각 장애 <input type="checkbox"/> 자폐 스펙트럼
<input type="checkbox"/> 발작 장애 <input type="checkbox"/> 알츠하이머병/치매
<input type="checkbox"/> 그외: _____ <input type="checkbox"/> 정신 질환: _____
<input type="checkbox"/> 위에 있는 것 모두 해당하지 않음

언어
비상시 또는 도움이 필요할 때 어느 언어로 대화 하기를 원하시나요?
<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 이탈리아어 <input type="checkbox"/> 포르투갈어
<input type="checkbox"/> 폴란드어 <input type="checkbox"/> 프랑스어 <input type="checkbox"/> 북경어 <input type="checkbox"/> 광둥어
<input type="checkbox"/> 독일어 <input type="checkbox"/> 그리스어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 베트남어
<input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 일본어
<input type="checkbox"/> 그외: _____

새로 등록 등록갱신

본인은 리지우드 OEM 에 이 신청서를 제출 함으로 본인의 정보가 서명한날짜로부터 2년간 주정부와 지역의 긴급구조요원에게 제공되는 것에 동의 합니다. 본인은 이 프로그램이 강제가 아닌 자발 적이라는 것과, 이 프로그램의 목적은 응급 상황 발생시에 본인을 더 잘 돕기 위한 목적이라는 것을 확인합니다. 그러나 모든 상황에서 도움이 확실히 보장되지 않을 수 있다는 것을 인식하고, 응급 상황이 발생하기 전이나 상황 발생시 혹은 그 이후에도 전화로 또는 직접 방문 받을 수 있으며 그로 인하여 발상하는 경비 중 본인이 부담해야 하는 몫은 본인이 부담 할 것을 확인 합니다.

서명(싸인): _____ 영문 성명: _____ 날짜: _____

대리인이 작성한 경우 대리인 성명: _____ 본인과의 관계: _____

그 외 장애 및 다른 특수 요구 사항이 있는 경우
필요 할 경우 서류 뒤에 적어 주세요.

