



屋崙(奧克蘭)市 「9-1-1 登記計劃」問卷調查表

簡介

屋崙(奧克蘭)市「9-1-1 登記計劃」(9-1-1 Registry)主要是讓殘障者及老年人士向市政府提供自己的健康及醫療需求資訊。市政府會利用這類資料為市民提供更有效、更快速的緊急服務。以下特別設計的問卷，能讓有意參加「9-1-1 登記計劃」的殘障人士及老年人提供必要的資料。這項計劃是供合格人士自願參加的免費服務。凡居住在屋崙(奧克蘭)市的殘障者及老年人皆有資格參加「9-1-1 登記計劃」。

你需填寫本表格以建立新的個人檔案，或更新原有的個人檔案。無論資料是否有變更，參加者必須每五年至少更新資料一次。

你可以隨時要求取消「9-1-1 登記計劃」中關於你的資料。若要取消資料，只要打下列電話號碼或透過電郵與屋崙(奧克蘭)市消防局聯絡即可。

本人了解，填寫本表格即表示我准許屋崙(奧克蘭)市消防局在必要時可將我的資料透露給緊急救護人員及其他處理機關。本人了解，我提供的「9-1-1 登記計劃」資料可供醫療專業人員及應變小組在緊急狀況時使用。本人了解，屋崙(奧克蘭)市消防局會在能力範圍內為我提供援助，但參加「9-1-1 登記計劃」不表示或保證我一定能得到任何援助。

聯絡資訊

若你對屋崙(奧克蘭)市「9-1-1 登記計劃」有任何疑問，或填寫表格時需要任何協助，請聯絡：

屋崙(奧克蘭)市政府消防局緊急服務辦事處

(City of Oakland Fire Department Office of Emergency Services)

1605 Martin Luther King, Jr. Way

Oakland, CA 94612

語音：510-238-3938

TTY 聽障專線：510-839-6451



屋崙(奧克蘭)市政府

「9-1-1 登記計劃」問卷調查表

請勾選一項：

全新個人檔案

更新個人檔案

日期： _____

姓名： _____
姓 名 中間縮名

出生日期： _____ / _____ / _____
(月) / (日) / (年)

性別： 男

女

居住地址： _____

城市： _____ 郵遞區號： _____

通信地址(若與上述地址不同)： _____

城市： _____ 郵遞區號： _____

電話號碼： _____ 手機/行動電話號碼： _____

辦公室電話號碼： _____ TTD / TTY 電話號碼： _____

電郵地址： _____

身高： _____ 體重： _____

有助我們辨認你的特徵： _____

你是否有身體或心理障礙？ 是 否

殘障類型(勾選所有合適的項目)

- 行動障礙 眼盲/視障
 耳聾/聽障 認知障礙

心理 其他： _____

請勾選你使用的主要行動輔助設施：

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> 手動輪椅 |
| <input type="checkbox"/> 小型電動摩托車 | <input type="checkbox"/> 手杖/拐杖/助行器 |
| <input type="checkbox"/> 導盲手杖 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 臥床 | <input type="checkbox"/> 我無需使用行動輔助設施 |

請勾選下列可說明你需求的所有項目：

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美國手語 | <input type="checkbox"/> 助聽器 |
| <input type="checkbox"/> 大型字體版 | <input type="checkbox"/> 布拉耶點字板 |
| <input type="checkbox"/> 需倚賴呼吸器 | <input type="checkbox"/> 需倚賴氧氣筒 |
| <input type="checkbox"/> 需由別人看顧協助日常起居活動 | |
| <input type="checkbox"/> 其他： _____ | |

你是否使用需每天加油或充電的必要維生醫療設備？ 是 否

若回答是，請列明這些設備：

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼吸器 | <input type="checkbox"/> 醫療/營養注輸設備 |
| <input type="checkbox"/> 點滴注射器 | <input type="checkbox"/> 充氣墊或座椅靠墊 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎治療 | <input type="checkbox"/> 暖氣或冷氣設備 |
| <input type="checkbox"/> 載吊機 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |

你是否有專門輔助殘障人士的動物？ 是 否

你是否有可以安撫情緒的動物？ 是 否

你是否有養有寵物？ 是 否

請說明每隻動物的類型及顏色： _____

你是否對任何藥物過敏？ 是 否

若回答是，請列出會使你過敏的藥物：

醫療保健聯絡人：

醫生姓名： _____

地址： _____

城市： _____ 郵遞區號： _____

電話號碼： _____

其他醫療保健服務提供者： _____

地址： _____

城市： _____ 郵遞區號： _____

電話號碼： _____

緊急聯絡人：

姓名： _____

地址： _____

城市： _____ 州名： _____ 郵遞區號： _____

電話號碼： _____ 手機/行動電話號碼： _____

辦公室電話號碼： _____ TTD / TTY 電話號碼： _____

關係： _____

姓名： _____

地址： _____

城市： _____ 州名： _____ 郵遞區號： _____

電話號碼： _____ 手機/行動電話號碼： _____

辦公室電話號碼： _____ TTD / TTY 電話號碼： _____

關係： _____

請圈選一項：

有人 / 沒有人協助我填妥這份資料。

本人了解，填寫本表格即表示本人准許屋崙(奧克蘭)市消防局必要時可將我的資料透露給緊急救護人員及其他處理機關。本人了解，我提供的「9-1-1 登記計劃」資料可供醫療專業人員及應變小組在緊急狀況時使用。本人了解，屋崙(奧克蘭)市消防局會在能力範圍內為我提供援助，但參加「9-1-1 登記計劃」不表示或保證我一定能得到任何援助。

申請人簽名

日期

提供協助者的姓名：

機構/與申請人的關係：

日期：

請將填妥的申請表寄回：

**Oakland OES Attn:911 Registry
1605 Martin Luther King, Jr. Way
Oakland, CA 94612**

填寫申請表格時，若需要電話協助或需要其他格式版本，請聯絡：

屋崙（奧克蘭）市消防局緊急事故服務處(Oakland Fire Department Office of Emergency Services)

1605 Martin Luther King, Jr. Way

Oakland, CA 94612

語音： 510-238-3938

TTY 聽障專線： 510-839-6451

屋崙(奧克蘭)人民服務部(Oakland Department of Human Services)/OSCAR 轉交 Sarah Lin

150 Frank Ogawa Plaza, Suite 4340

Oakland, CA 94612

語音： 510-238-2382

TTY 聽障專線： 510-238-3254