IMPORTANT !
WOULD YOU NEED SPECIAL HELP
IN AN EMERGENCY?

YOUR CITY/TOWN'S ANNUAL
EMERGENCY "SPECIAL NEEDS"
REGISTRATION FORM IS INSIDE
RETURN POSTAGE PAID

IMPORTANTE!
¿Necesitaría Ud. asistencia especial
en caso de una emergencia?
La encuesta anual de su ciudad
necesidades especiales para
emergencias está dentro
RETURN POSTAGE PAID

Standard
Presorted U.S.
Postage PAID
H&H Mailing Co.

ADDITIONAL INFORMATION: www.ct.gov/oem

▲ TAPE HERE TO RETURN ▲

CT Office of Emergency Management
360 Broad Street
Hartford, CT 06105

This survey has been prepared in cooperation with the State of Connecticut Office of Emergency Management, your city/town's Emergency Management Official and Millstone Power Station.

Remember: If you hear a steady siren tone for 3 minutes or more, turn on a radio or TV and tune to a local Emergency Alert System (EAS) station for official information and instructions on the specific emergency.

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 5932 HARTFORD CT
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

OFFICE OF EMERGENCY MANAGEMENT
STATE OF CONNECTICUT
360 BROAD ST
HARTFORD CT 06105-9875

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

▼ TAPE HERE TO RETURN ▼

¿Tiene Ud. necesidades especiales que requieren asistencia en una emergencia o evacuación? Si es el caso, favor de llenar esta encuesta.

Esta encuesta es para los individuos que viven en la Zona Planificada de Emergencia dentro de aproximadamente 10 millas de la Planta Millstone en Waterford, CT. Hay más información sobre emergencias y unas instrucciones en las Páginas Amarillas 2 y 3 de su Guía Telefónica local.

Favor de llenar y devolver esta encuesta anual-aunque ya lo haya hecho. Se manda la encuesta al funcionario de Manejo de Emergencias de su ciudad para asegurar que haya informacion al día para proveer asistencia, si es necesario, en caso de emergencia o de evacuación. Si no necesita asistencia especial, favor de notificar al Funcionaro de Manejo de Emergencias local. La encuesta debe incluir solamente informaciones sobre perjuicios que impedirían la evacuación normal de su casa.

▼ SEPARE AQUÍ Y DEVUELVA LA PARTE DE BAJO ▼

ESTA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIAL

Yo / Este individuo necesita asistencia en caso de una emergencia o evacuación:
FAVOR DE USAR LETRAS DE MOLDE

apellido		fecha
dirección		
ciudad	CT	zip code
número de teléfono casa ( ) trabajo ( )		*TDD/TT ( )
Si Ud. es residente a tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), dé las meses que vive en esta residencia:		

*Maquina/aparato de Telecomunicación para los sordos / Teléfono de Texto

Favor de escribir una X en cada cuadrado apropiado.
Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:

- ☐ Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar
- ☐ Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar
- ☐ Persona confinada a la cama
- ☐ Necesito transporte por silla de ruedas
- ☐ Use *TDD/TT
- ☐ Necesito transporte para evacuarme
- ☐ Máquina de apoyo de vida y necesito asistencia especial (Explicar) _____
- ☐ Otras necesidades que impedirían una evacuación rapida (Explicar) _____

Apellido del individuo que llena esta encuesta_____teléfono (_____)_____

Pariente u otra persona a quien podemos notificar para dar asistencia en caso de emergencia o evacuación:

apellido		
dirección		
ciudad	CT	zip code
número de teléfono casa ( ) trabajo ( )		*TDD/TT ( )

▲ DOBLE AQUÍ ▲

8/05

IMPORTANT !
WOULD YOU NEED SPECIAL HELP
IN AN EMERGENCY?

YOUR CITY/TOWN'S ANNUAL
EMERGENCY "SPECIAL NEEDS"
REGISTRATION FORM IS INSIDE
RETURN POSTAGE PAID

IMPORTANTE!
¿Necesitaría Ud. asistencia especial
en caso de una emergencia?
La encuesta anual de su ciudad
necesidades especiales para
emergencias está dentro
RETURN POSTAGE PAID

Standard
Presorted U.S.
Postage PAID
H&H Mailing Co.

ADDITIONAL INFORMATION: www.ct.gov/oem

▲ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUAÍ ▲

CT Office of Emergency Management
360 Broad Street
Hartford, CT 06105

Se preparó esta encuesta en cooperación con la Oficina de Manejo de Emergencias del Estado de Connecticut, el funcionario de Manejo de Emergencias de su ciudad, y Millstone Power Station.

Recuerde Ud.: Si Ud. oye un tono constante por 3 minutos o más, apague la radio o televisión y sintonice a una estación local del Sistema de Alerta de Emergencias (EAS) para información y instrucciones oficiales sobre la emergencia específica.

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 5932 HARTFORD CT
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

OFFICE OF EMERGENCY MANAGEMENT
STATE OF CONNECTICUT
360 BROAD ST
HARTFORD CT 06105-9875

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

▲ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUAÍ ▲

Do you have special needs that would require help in an emergency or evacuation? If "yes," please fill out the survey below.

This survey is for individuals living within the approximate 10-mile Emergency Planning Zone (EPZ) of the Millstone Power Station in Waterford, CT. **Your local Telephone Directory has additional emergency information and instructions on Yellow Pages 2 & 3.**

Please complete and return this yearly survey--even if you have done so before. The survey is given to your city/town's Emergency Management Official to ensure that there is up-to-date information to provide assistance, if needed, in the event of an emergency or evacuation. When special assistance is no longer needed, the local Emergency Management Official should be notified. **The form should only include information regarding impairments that will impede self-evacuation from your home.**

▼ DETACH HERE AND MAIL BOTTOM PART ▼

THIS INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL

I / this person will need assistance in the event of an emergency or evacuation: PLEASE PRINT

NAME		DATE
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
PHONE NUMBER HOME ( ) WORK ( )	*TDD/TT ( )	
If you are a part-time resident (i.e., summer only), please list the months you are living at this address:		

* Telecommunication Device for the Deaf/Text Telephone

Please mark an "X' in each box that applies.

Need assistance for evacuation for the following reasons:

- ☐ Hearing impaired and need assistance fo evacuation.
- ☐ Sight impaired and need assistance for evacuation.
- ☐ Confined to bed.
- ☐ Need a wheelchair accessible ride.
- ☐ Use *TDD/TT
- ☐ Need a ride for evacuation.
- ☐ Life Support Device and need special assistance. (Explain) _____
- ☐ Other needs that will prevent prompt evacuation. (Explain) _____

Name of person completing this survey _____phone: (____)_____

Relative or other person we can notify to help you in the event of an emergency or evacuation:

NAME		
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
PHONE NUMBER HOME ( ) WORK ( )		

▲ FOLD IN ▲

Graphics No.: NB14
8/05