

PRESORTED STANDARD
U.S. POSTAGE
PAID
RICHMOND, VA
PERMIT #320

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
FRANQUEO PAGADO

ADDITIONAL INFORMATION: www.ct.gov/demhs or 800-397-8876

▲ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ



CT Department of Emergency Management
and Homeland Security
360 Broad Street
Hartford, CT 06105

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

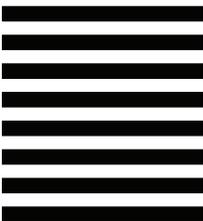
Recuerde Ud.: Si Ud. oye un tono constante por 3 minutos o más, encienda
la radio o televisión y sintonice a una estación local del Sistema de Alerta de
Emergencias (EAS) para información y instrucciones oficiales sobre la
emergencia específica.



DEPARTMENT OF EMERGENCY MANAGEMENT
AND HOMELAND SECURITY
STATE OF CONNECTICUT
360 BROAD ST
HARTFORD CT 06105-9875

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 5932 HARTFORD CT



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



▼ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ

¿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 información al día para proveer asistencia, si es necesario, en caso de emergencia o de evacuación. Si no necesita asistencia especial, favor de notificar al Funcionario 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 ()	cell () trabajo ()	*TDD/TTY ()
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:

- | | | |
|---|--|---|
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar. |  <input type="checkbox"/> Necesito transporte por silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Máquina de apoyo de vida y necesito asistencia especial (Explicar) _____ |
|  <input type="checkbox"/> Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar |  <input type="checkbox"/> Use *TDD/TTY | <input type="checkbox"/> Otras necesidades que impedirían una evacuación rápida (Explicar) _____ |
|  <input type="checkbox"/> Persona confinada a la cama |  <input type="checkbox"/> Necesito transporte para evacuar | |

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 ()	cell () trabajo ()	*TDD/TTY ()

DOBLE AQUÍ