



Transportation Assistance Registry

Do you need assistance with transportation to evacuate? Yes No

First Name: _____ Last Name: _____

Street Address: _____ Apt # _____

City: _____ Zip Code: _____

Gender: Female Male Phone Number: (____) _____ - _____

Email: _____

Emergency Contact:

First Name: _____ Last Name: _____

Relationship: _____ Phone Number: (____) _____ - _____

Primary Spoken Language: English Spanish Chinese Vietnamese
 Other _____

Do you have a pet? Yes No If yes, how many? _____

Do you have carriers for every pet? Yes No

Do you have medical special needs? Yes No

Definition of Special Need: One who needs assistance during evacuation and sheltering because of physical or mental handicaps, OR one who requires a level of care and resources beyond the basic first aid level of care that is available in shelters for the general population.

If NO, stop here and mail form to address at the bottom of page.

If you have medical special needs, what category best describes your needs?

Please select only one.

- Level 1: A person dependent on others or in need of others for routine care, (eating, walking, toileting, etc.) or a child under 18 without adult supervision, etc.
- Level 2: A person who is blind, hearing impaired, deaf/blind, or has an amputation.
- Level 3: A person needing assistance with medical care administration, monitoring by a nurse, dependent on equipment, assistance with medications, mental health disorders.
- Level 4: A person outside an institutional facility care setting who require extensive medical oversight (i.e., IV chemotherapy, ventilator, peritoneal dialysis, hemodialysis, life support equipment, hospital bed and total care, or is morbidly obese)

Do you require oxygen? Yes No

Do you use a service animal? Yes No

Do you use a mobility device? (wheelchair, scooter, etc...) Yes No

Are you confined to a bed? Yes No

Do you require electricity for life support equipment? Yes No

Do you require electricity for recharging medical equipment? Yes No

**Return to: Houston Office of Emergency Management
5320 N. Shepherd Drive
Houston, Texas 77091**



Transportation Assistance Registry

¿Necesita ayuda para transportarse en caso de evacuación? Sí No

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio (Calle): _____ # Apt./ # Unidad: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Sexo: Masculino Femenino Número de teléfono: (____) _____ - _____
Correo electrónico: _____

Contacto en caso de Emergencia:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
Parentesco o Relación: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

¿Lenguaje hablado Primaria: Inglés Español Chino Vietnamita
 Otro _____

¿Tiene usted una mascota(s)? Sí No Si tiene mascota(s),
¿Cuántas? _____

¿Tiene usted un portador para su mascota(s)? Sí No

¿Tiene usted necesidades médicas especiales? Sí No

Definición de necesidades médicas especiales: Se considera que usted tiene necesidades médicas especiales si requiere ayuda en caso de una evacuación, para refugiarse debido a incapacidades físicas y/o mentales, si requiere un nivel de cuidado y recursos que van más allá del nivel básico de primeros auxilios o de los disponibles en albergues públicos.

Si la respuesta es no, pare aquí y envíe a la dirección localizada al final de la página.

¿Qué nivel describe sus necesidades medicas especiales?

Seleccione solamente uno:

- Nivel 1: Persona que depende o que necesita de la ayuda de otros para realizar actividades de cuidado diario (comer, caminar, bañarse, etc.). Un niño menor de 18 años sin supervisión adulta.
- Nivel 2: Persona que es ciega, sorda, tiene dificultades auditivas o que posee una amputación.
- Nivel 3: Persona que requiere ayuda en la administración de cuidado médico, que debe ser supervisada por una enfermera, que es dependiente de equipo, que necesita ayuda en la administración de medicamentos, o que posee desórdenes mentales de la salud.
- Nivel 4: Persona no institucionalizada que requiere de extenso monitoreo medico (como por ejemplo: quimioterapia, ventilador, diálisis peritoneal, hemodiálisis, dependiente de equipo de soporte artificial de vida, cama de hospital, o es mórbidamente obesa.
- Nivel 5: Persona recluida en una institución como hospitales, hospicios, vivienda asistida o escuelas estatales.

¿Necesita usted oxígeno? Sí No

¿Utiliza un animal de servicio? Sí No

¿Utiliza una silla de ruedas o un scooter? Sí No

¿Esta confinado a una cama? Sí No

¿Necesita electricidad para equipo para sostener la vida? Sí No

¿Necesita electricidad para recargar equipo médico duradero? Sí No

**Return to: Houston Office of Emergency Management
5320 N. Shepherd Drive
Houston, Texas 77091**