

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!

¿Requiere de asistencia especial
en caso de emergencia?

Adentro encontrará la encuesta anual
de su ciudad sobre requerimientos
especiales para emergencias
FRANQUEO PAGADO

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

▲ TAPE HERE TO RETURN



CT Department of Emergency Services and Public Protection
Division of Emergency Management and Homeland Security
1111 Country Club Road
Middletown, CT 06547

This survey has been prepared in cooperation with the State
of Connecticut Department of Emergency Services and
Public Protection, Division of Emergency Management and
Homeland Security, your city/town's Emergency Management
Official and Millstone Power Station.

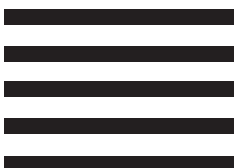
**Remember: If you hear a steady siren tone for 3 minutes or more, turn
on a radio or TV and tune to a local Emergency Alert System (EAS) station
for official information and instructions on the specific emergency.**



MIDDLETOWN CT 06457-9903
1111 COUNTRY CLUB RD
CT DESPP DEMHS REP UNIT

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 18001 MIDDLETOWN, CT



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 este es el caso, por favor llene 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. Pueden encontrar información adicional en el folleto Información de planificación de seguridad para vecinos de la Planta de Energía Millstone. (En Fishers Island, vea páginas 1-3 en la Guía Telefónica).

Favor de llenar y devolver esta encuesta anual-aunque ya lo haya hecho. Envíe 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, por favor notifique al Funcionario de Manejo de Emergencias local. **La encuesta debe incluir solamente información sobre perjuicios que impidan la evacuación normal de su casa.**

SEPARE AQUÍ Y DEVUELVA LA PARTE DE ABAJO

ESTA INFORMACIÓN 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	zona postal
número de teléfono	primario ()	*TDD/TTY ()	
	alternativo ()	*Maquina/aparato de Telecomunicación para los sordos / Teléfono de Texto	
Si Ud. es residente de tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), incluya los meses que vive en esta residencia			
Desde:		Hasta:	

Favor de escribir una X en la casilla respectiva.

Ésta es una nueva encuesta, o una que no se ha puesto al día en años.


Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:


 Persona con defecto de oído que necesita asistencia para evacuar.


 Utilizo silla de ruedas y necesito un vehículo con accesibilidad a


Silla de ruedas plegable

Silla de ruedas eléctrica

 Persona con defecto de vista que necesita asistencia para evacuar

 Use *TDD/TTY

 Persona confinada a la cama

 Necesito transporte para evacuar

Proveedor de cuidado de niños necesita ayuda con el transporte de los niños.

¿Cuántos niños? _____

Necesito equipo de soporte vital y asistencia especial para usarlo (Explicar) _____

Otras necesidades que impidan una evacuación rápida (Explicar) _____ (ganado, animales domésticos, traducción de idioma, etcétera.)

Apellido del individuo que llena esta encuesta _____ teléfono () _____

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

apellido			
dirección			
ciudad		CT	zip code
número de teléfono	primario ()	alternativo ()	*TDD/TTY ()

DOBLE AQUÍ

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!

¿Requiere de asistencia especial
en caso de emergencia?

Adentro encontrará la encuesta anual
de su ciudad sobre requerimientos
especiales para emergencias
FRANQUEO PAGADO

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

▲ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ



CT Department of Emergency Services and Public Protection
Division of Emergency Management and Homeland Security
1111 Country Club Road
Middletown, CT 06547

Esta encuesta se preparó en cooperación con el Departamento de Servicios de Emergencia y Protección Pública, la división de Gestión de Emergencia 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 la televisión y sintonice una estación local del Sistema de Alerta de Emergencias (EAS) para información e instrucciones oficiales sobre la emergencia específica.



MIDDLETOWN CT 06457-9903
1111 COUNTRY CLUB RD
CT DESPP DEMHS REP UNIT

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 18001 MIDDLETOWN, CT



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



▼ SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ

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 Millstone Power Station in Waterford, CT. **Additional information can be found in the booklet "Safety Planning Information for Neighbors of Millstone Power Station". (See pages 1-3 in the Fishers Island phone book.)**

Please complete and return this yearly survey – even if you have done so before. Check the New Survey box below if this is the first time you are completing this survey or haven't done so in years. 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	primary ()	*TDD/TTY ()	
	alternate ()	*Telecommunication device for the deaf/Text Telephone	
If you are a part-time resident (i.e., summer only), please list the months you are living at this address:			
From:		To:	

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

This is a new survey, or one that hasn't been updated in years.


Need assistance for evacuation for the following reasons:

 Hearing impaired and need assistance for evacuation.



I use a wheelchair and need an accessible ride.
 Folding Wheelchair
 Electric Wheelchair

Childcare Provider Needs Assistance with transport of Children. How many? _____

 Sight impaired and need assistance for evacuation



Use *TDD/TTY

Life Support Device and need special assistance. (Explain) _____

 Confined to bed.



Need a ride for evacuation.

Other needs that will prevent prompt evacuation. (Explain) _____
(Livestock, pets, language translation, etc.)

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	primary ()	alternate ()	*TDD/TTY ()

FOLD HERE