|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles****Plan para desastres en el hogar de acogida** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del hogar de acogida: |       |

Este documento contiene mis planes si me veo obligado a dejar mi domicilio debido a un desastre natural o un evento catastrófico.

**Si tengo que evacuar mi casa, me mudaría a:**

|  |
| --- |
| **PRIMERA OPCIÓN**: (*nombre del amigo o de la familia si se muda a una residencia, dirección, número de teléfono, número de teléfono alterno, otra información de contacto, como correo electrónico, otro*):  |
|       |  |       |
| *Nombre* |  | *Dirección* |
| (     )     -      |  | (     )     -      |  |       |
| *No. de teléfono* |  | *Teléfono alterno* |  | *Otra información de contacto* |
| Si no soy capaz de ir allí, mi **SEGUNDA OPCIÓN** sería: (*dirección, número de teléfono, número de teléfono alterno, otra información de contacto, como correo electrónico, otro*): |
|       |  |       |
| *Nombre* |  | *Dirección* |
| (     )     -      |  | (     )     -      |  |       |
| *No. de teléfono* |  | *Teléfono alterno* |  | *Otra información de contacto* |
| Otros medios de ponerse en contacto conmigo: |  | (     )     -      |  |       |
|  |  | *No. de teléfono móvil* |  | *Correo electrónico* |
| Información de contacto para las personas con las que me gustaría estar en contacto en caso de emergencia y a quien el Departamento de Servicios Infantiles (DCS)/proveedor podrían contactar si es necesario (*por ejemplo,* *familiar o un amigo que vive fuera del área inmediata, etc.*): |
|       |  |       |  | (     )     -      |
| *Nombre* |  | *Dirección* |  | *No. de teléfono* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  | (     )     -      |
| *Nombre* |  | *Dirección* |  | *No. de teléfono* |

|  |  |
| --- | --- |
| Información adicional: |       |

Entiendo que hay artículos vitales que se me recomienda que lleve conmigo cuando evacuemos. Estos incluyen:

* Información de contacto del DCS/proveedor (*por ejemplo, números del Trabajador de Servicios Familiares y de los contactos de emergencia*);
* Información médica de mis hijos (*por ejemplo, recetas médicas, expedientes médicos recientes, nombre e información de contacto del médico e historial de vacunas);*
* Expedientes académicos;
* Información de identificación del niño, incluyendo información sobre la ciudadanía; y
* Orden del tribunal que otorga la custodia al DCS de algún niño colocado en mi casa en el momento del evento.

|  |
| --- |
| Entiendo que tengo la obligación de comunicarme con el DCS/proveedor. Puedo usar estos números de teléfono: |
| (     )     -      |  | (     )     -      |  | (     )     -      |

Entiendo que si cambia alguna parte de la información incluida en plan, debo actualizar este formulario dentro de los catorce (14) días posteriores al cambio y proporcionar la actualización al DCS/proveedor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| *Firma*  |  | *Fecha* |
|  |  |  |
| *Nombre en letra de imprenta* |  |  |