

**Forma de Registracion de Necesidades Especiales
Para Residentes del Condado de Allegan**

Nombre: _____ Forma Nueva o actualizada
Dirección: _____
Dirección de envío, si diferente: _____
Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Teléfono de Trabajo _____ Fecha de Nacimiento _____
TTD/TTY: _____ Correo electronico _____

Es residente a tiempo parcial del Condado de Allegan? _____ Si sí, por favor indique los meses que usted está aquí y nos proporciona con su dirección y número de teléfono alternos de donde usted estará durante los otros meses.

Liste información especial sobre usted mismo que nos puede ayudar durante una emergencia/desastre.

En caso de una emergencia/desastre puede ser necesario que los respondientes de emergencia contacten un miembro de su familia un amigo, un vecino o su cuidador. Liste por favor por lo menos dos (2) personas de contacto para usted mismo incluso si la persona de contacto esté de viaje.

PRIMER CONTACTO O GUARDIAN, SI ES APLICABLE

Nombre: _____ Relación a usted: _____
Dirección: _____
Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Teléfono de Trabajo _____

SEGUNDO CONTACTO

Nombre: _____ Relación a usted: _____
Dirección: _____
Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Teléfono de Trabajo _____

If completed by Agency: Agency Name _____ Phone _____

Favor de enviar la forma completa a la oficina de Manejo de Emergencia, 3271 122nd Avenue, Allegan, MI 49010. **Esta forma es mantenida en el archive por un año. Una nueva forma debe ser completada y enviada cada año para el 31 de Enero.**

EOC use only
Name: _____
Township _____
Section _____
Date _____