

# EMERGENCY PLAYBOOK

비상 상황에서 가족 돕기  
(Korean)



Human Resources  
Administration  
Department of  
Homeless Services

**Department of  
Social Services**

DSS-53 (K) 02/11/2025  
(E) 02/04/2025 LLF

## 비상 상황 지침

이 책자는 비상 상황 발생 시 귀하의 가족과 시에 도움이 될 것입니다. 이 행동 요령의 정보를 신중하게 작성해 주십시오. 가족을 재회하는 데 도움이 될 수 있습니다. 사진을 촬영하는 데 도움이 필요하면 보호소 제공자에게 도움을 요청하십시오. 당국이 사본을 만들어 보관해 드릴 수도 있습니다.

귀하 및 현재 귀하와 함께 사는 가족에 대한 정보를 최대한 많이 제공해 주십시오.

NYC 지역에 있는 비상 연락처 1 명과 더 먼 곳이나 다른 국가에 거주하는 비상 연락처 1 명을 기재해 주십시오. 비상 연락처는 귀하가 잘 알고, 신뢰하며, 연락할 수 있는 사람이어야 합니다.

## 비상 상황 정보

경찰 및 출동

911

의료 응급상황

911

비상 전화번호 1:

비상 전화번호 2:

가족의 이름, 주소 및 전화번호:

---

---

---

---

---

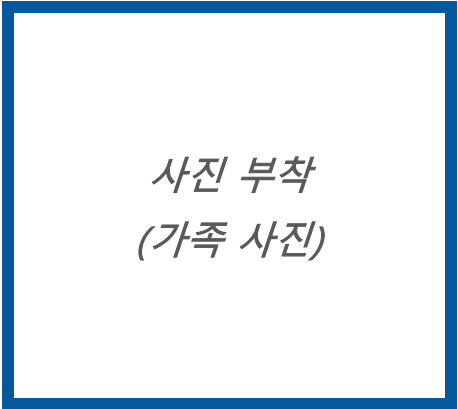
---

---

---

---

---



이름: \_\_\_\_\_

가족 정보

이름: \_\_\_\_\_

관계: \_\_\_\_\_

거리 주소: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

가족 구성원:

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

직장 전화번호:

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

## 학교 정보

자녀 이름:

학년: \_\_\_\_\_ 하교 시간: \_\_\_\_\_

교사/담임 선생: \_\_\_\_\_

학교 이름: \_\_\_\_\_

학교 주소: \_\_\_\_\_

학교 전화번호: \_\_\_\_\_

학교 웹사이트: \_\_\_\_\_

지역 뉴스 출처: \_\_\_\_\_

자녀 이름: \_\_\_\_\_

학년: \_\_\_\_\_ 하교 시간: \_\_\_\_\_

교사/담임 선생: \_\_\_\_\_

학교 이름: \_\_\_\_\_

학교 주소: \_\_\_\_\_

학교 전화번호: \_\_\_\_\_

학교 웹사이트: \_\_\_\_\_

지역 뉴스 출처: \_\_\_\_\_

## 학교 정보

자녀 이름: \_\_\_\_\_

학년: \_\_\_\_\_ 하교 시간: \_\_\_\_\_

교사/담임 선생: \_\_\_\_\_

학교 이름: \_\_\_\_\_

학교 주소: \_\_\_\_\_

학교 전화번호: \_\_\_\_\_

학교 웹사이트: \_\_\_\_\_

지역 뉴스 출처: \_\_\_\_\_

자녀 이름: \_\_\_\_\_

학년: \_\_\_\_\_ 하교 시간: \_\_\_\_\_

교사/담임 선생: \_\_\_\_\_

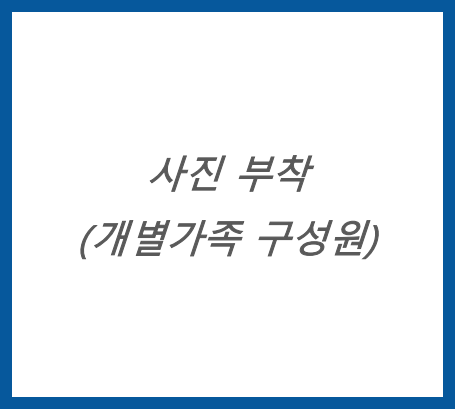
학교 이름: \_\_\_\_\_

학교 주소: \_\_\_\_\_

학교 전화번호: \_\_\_\_\_

학교 웹사이트: \_\_\_\_\_

지역 뉴스 출처: \_\_\_\_\_



해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_

## 가족 구성원 1

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

사진 부착  
(개별 가족 구성원)

해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_

## 가족 구성원 2

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

사진 부착  
(개별 가족 구성원)

해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_

### 가족 구성원 3

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

사진 부착  
(개별 가족 구성원)

해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_

#### 가족 구성원 4

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

사진 부착  
(개별 가족 구성원)

해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름:

## 가족 구성원 5

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

사진 부착  
(개별 가족 구성원)

해당 가족 구성원의 세부 정보를 기재해 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_

## 가족 구성원 6

이름: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 나이: \_\_\_\_\_

눈 색깔: \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호: \_\_\_\_\_

모발색: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신장: \_\_\_\_\_ 직장: \_\_\_\_\_

체중: \_\_\_\_\_ 업무용 전화번호: \_\_\_\_\_

가족 주치의: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

치과의사: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

병원: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

특수 요구 사항/진단: \_\_\_\_\_

필요한 편의 시설: \_\_\_\_\_

안경: \_\_\_\_\_

보청기: \_\_\_\_\_

알레르기: \_\_\_\_\_

약(복용량): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

사진 부착  
(지역 비상 연락처)

이름: \_\_\_\_\_

## 지역 비상 연락처 정보

이름: \_\_\_\_\_

관계: \_\_\_\_\_

거리 주소: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

☐ 부모 중 한 명 또는 두 명 다 자녀를 돌볼 수 없는 경우, 이 사람이  
자녀를 맡아줄 의향이 있을까요?

가족 구성원:

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

사진 부착  
(지역 외 비상 연락처)

이름: \_\_\_\_\_

### 지역 외 비상 연락처 정보

이름: \_\_\_\_\_

관계: \_\_\_\_\_

거리 주소: \_\_\_\_\_

시, 주: \_\_\_\_\_

국가: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

가족 구성원:

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_



가족이 미국 내에 거주하는 경우 해당 주에 동그라미 또는 별표를 그려  
표시해 주십시오.