

EMERGENCY PLAYBOOK

*Pomóż swojej rodzinie
w nagłych wypadkach*
(Polish)



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

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

INSTRUKCJE POSTĘPOWANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

Ta broszura pomoże Twojej rodzinie i Miastu w razie nagłego wypadku. Prosimy o dokładne wypełnienie informacji zawartych w ttej broszurze. Może to pomóc w ponownym połączeniu się rodziny. Jeśli potrzebujesz pomocy przy robieniu zdjęć, poproś o nią swojego opiekuna. Możemy również wykonać kopię i zachować ją dla Ciebie.

Podaj jak najwięcej informacji o sobie i członkach rodziny, którzy obecnie z Tobą mieszkają.

Podaj jedną osobę do kontaktu w nagłych wypadkach w rejonie Nowego Jorku i jedną osobę do kontaktu w nagłych wypadkach mieszkającą dalej lub w innym kraju. Powinny to być osoby, które znasz, którym ufasz i z którymi możesz się skontaktować.

POLICJA I DYSPOZYTORIA

911

RATOWNICTWO MEDYCZNE

911

TELEFON ALARMOWY NR 1:

TELEFON ALARMOWY NR 2:

IMIĘ I NAZWISKO, ADRES I NUMERY TELEFONÓW
MOJEJ RODZINY:



IMIĘ I NAZWISKO:

INFORMACJE O MOJEJ RODZINIE

IMIĘ I NAZWISKO: _____

POKREWIEŃSTWO/RELACJA: _____

ULICA: _____

MIASTO, STAN: _____

NUMER TELEFONU: _____

CZŁONKOWIE RODZINY:

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

SŁUŻBOWE NUMERY TELEFONÓW:

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOŁY

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____

KLASA: _____ GODZINA ZAKOŃCZENIA NAUKI: _____

NAUCZYCIEL/WYCHOWAWCA: _____

NAZWA SZKOŁY: _____

ADRES SZKOŁY: _____

NUMER TELEFONU SZKOŁY: _____

STRONA INTERNETOWA SZKOŁY: _____

LOKALNE ŹRÓDŁA
WIADOMOŚCI:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____

KLASA: _____ GODZINA ZAKOŃCZENIA NAUKI: _____

NAUCZYCIEL/WYCHOWAWCA: _____

NAZWA SZKOŁY: _____

ADRES SZKOŁY: _____

NUMER TELEFONU SZKOŁY: _____

STRONA INTERNETOWA SZKOŁY: _____

LOKALNE ŹRÓDŁA
WIADOMOŚCI:

INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOŁY

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____

KLASA: _____ GODZINA ZAKOŃCZENIA NAUKI: _____

NAUCZYCIEL/WYCHOWAWCA: _____

NAZWA SZKOŁY: _____

ADRES SZKOŁY: _____

NUMER TELEFONU SZKOŁY: _____

STRONA INTERNETOWA SZKOŁY: _____

LOKALNE ŹRÓDŁA
WIADOMOŚCI:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____

KLASA: _____ GODZINA ZAKOŃCZENIA NAUKI: _____

NAUCZYCIEL/WYCHOWAWCA: _____

NAZWA SZKOŁY: _____

ADRES SZKOŁY: _____

NUMER TELEFONU SZKOŁY: _____

STRONA INTERNETOWA SZKOŁY: _____

LOKALNE ŹRÓDŁA
WIADOMOŚCI:

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 1:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 2:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 3:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 4:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 5:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
indywidualnego
członka rodziny***

Wpisz dane odpowiedniego członka rodziny.

IMIĘ I NAZWISKO:

CZŁONEK RODZINY NR 6:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Kolor oczu: _____ Tel. komórkowy: _____

Kolor włosów: _____ E-mail: _____

Wzrost: _____ Praca: _____

Waga: _____ Telefon służbowy: _____

Lekarz rodzinny: _____

Telefon: _____

Dentysta: _____

Telefon: _____

Szpital: _____

Miasto, stan: _____

Specjalne potrzeby / diagnoza: _____

Potrzebne udogodnienia: _____

Okulary: _____

Aparaty słuchowe: _____

Alergie: _____

Moje leki (dawkowanie): _____

***Wstaw zdjęcie
lokalnej osoby do
kontaktu w nagłych
wypadkach***

IMIĘ I NAZWISKO:

**LOKALNE DANE DO KONTAKTU W
SYTUACJI AWARYJNEJ**

IMIĘ I NAZWISKO: _____

POKREWIEŃSTWO/RELACJA: _____

ULICA: _____

MIASTO, STAN: _____

NUMER TELEFONU: _____

☐ JEŚLI JEDEN Z RODZICÓW LUB OBOJE RODZICE NIE MOGĄ
ZAJĄĆ SIĘ DZIEĆMI, CZY TA OSOBA BYŁABY SKŁONNA JE
PRZYGARNAĆ?

CZŁONKOWIE RODZINY:

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ TELEFON: _____

***Wstaw zdjęcie osoby
spoza okolicy do
kontaktu w sytuacji
awaryjnej***

IMIĘ I NAZWISKO:

**INFORMACJE O OSOBIE SPOZA OKOLICY
DO KONTAKTU W SYTUACJI AWARYJNEJ**

IMIĘ I NAZWISKO: _____

POKREWIEŃSTWO/RELACJA: _____

ULICA: _____

MIASTO, STAN: _____

KRAJ: _____

NUMER TELEFONU: _____

CZŁONKOWIE RODZINY:

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **TELEFON:** _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **TELEFON:** _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **TELEFON:** _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ **TELEFON:** _____



**Zakreśl kółkiem lub zaznacz gwiazdką stan, w którym znajduje się
rodzina, jeśli jest w Stanach Zjednoczonych.**