

EMERGENCY PLAYBOOK

*Помоги своей семье
в чрезвычайной ситуации
(Russian)*



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

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



**Прикрепите
фотографию
семьи**

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ИНФОРМАЦИЯ О МОЕЙ СЕМЬЕ

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____

СТЕПЕНЬ РОДСТВА: _____

УЛИЦА, НОМЕР ДОМА: _____

ГОРОД, ШТАТ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ:

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____

РАБОЧИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНА:

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ШКОЛЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____

КЛАСС: _____ ВРЕМЯ ЗАВЕРШЕНИЯ ЗАНЯТИЙ: _____

УЧИТЕЛЬ / КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: _____

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ: _____

АДРЕС ШКОЛЫ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ШКОЛЫ: _____

САЙТ ШКОЛЫ: _____

МЕСТНЫЕ ИСТОЧНИКИ НОВОСТЕЙ:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____

КЛАСС: _____ ВРЕМЯ ЗАВЕРШЕНИЯ ЗАНЯТИЙ: _____

УЧИТЕЛЬ / КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: _____

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ: _____

АДРЕС ШКОЛЫ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ШКОЛЫ: _____

САЙТ ШКОЛЫ: _____

МЕСТНЫЕ ИСТОЧНИКИ НОВОСТЕЙ:

ИНФОРМАЦИЯ О ШКОЛЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____

КЛАСС: _____ ВРЕМЯ ЗАВЕРШЕНИЯ ЗАНЯТИЙ: _____

УЧИТЕЛЬ / КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: _____

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ: _____

АДРЕС ШКОЛЫ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ШКОЛЫ: _____

САЙТ ШКОЛЫ: _____

МЕСТНЫЕ ИСТОЧНИКИ НОВОСТЕЙ:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____

КЛАСС: _____ ВРЕМЯ ЗАВЕРШЕНИЯ ЗАНЯТИЙ: _____

УЧИТЕЛЬ / КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: _____

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ: _____

АДРЕС ШКОЛЫ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ШКОЛЫ: _____

САЙТ ШКОЛЫ: _____

МЕСТНЫЕ ИСТОЧНИКИ НОВОСТЕЙ:



Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____

ЧЛЕН СЕМЬИ 1

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____



Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ЧЛЕН СЕМЬИ 2

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____



**Прикрепите
фотографию
члена
семьи**

Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ЧЛЕН СЕМЬИ 3

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____



**Прикрепите
фотографию
члена
семьи**

Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ЧЛЕН СЕМЬИ 4

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____



**Прикрепите
фотографию
члена
семьи**

Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ЧЛЕН СЕМЬИ 5

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____



**Прикрепите
фотографию
члена
семьи**

Укажите сведения о соответствующем члене семьи.

ПОЛНОЕ ИМЯ:

ЧЛЕН СЕМЬИ 6

Полное имя: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Цвет глаз: _____ Мобильный телефон: _____

Цвет волос: _____ Эл. почта: _____

Рост: _____ Место работы: _____

Вес: _____ Рабочий телефон: _____

Семейный врач: _____

Телефон: _____

Стоматолог: _____

Телефон: _____

Больница: _____

Город, штат: _____

Особые потребности / диагноз: _____

Потребности в жилищных условиях: _____

Очки: _____

Слуховые устройства: _____

Аллергия: _____

Принимаемые лекарственные препараты (дозировка): _____

**Прикрепите
фотографию
местного лица для
экстренной связи**

ПОЛНОЕ ИМЯ:

МЕСТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____
КЕМ ПРИХОДИТСЯ: _____
УЛИЦА, НОМЕР ДОМА: _____
ГОРОД, ШТАТ: _____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

ЕСЛИ КТО-ТО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ОБА РОДИТЕЛЯ НЕ МОГУТ
ПОЗАБОТИТЬСЯ О ДЕТЯХ, ГОТОВ ЛИ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК ВЗЯТЬ
ДЕТЕЙ К СЕБЕ?

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ:

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____
ПОЛНОЕ ИМЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____

**Прикрепите
фотографию
лица для экстренной
связи,
проживающего в
другом регионе**

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____

**ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ, ПРОЖИВАЮЩЕЕ
В ДРУГОМ РЕГИОНЕ**

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____

КЕМ ПРИХОДИТСЯ: _____

УЛИЦА, НОМЕР ДОМА: _____

ГОРОД, ШТАТ: _____

СТРАНА: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ:

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____



Обведите или отметьте звездочкой штат, в котором находится семья, если она находится в США.