

EMERGENCY PLAYBOOK

在紧急情况下帮助您的家人
(Simplified Chinese)



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

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



插入家人照片

姓名: _____

我家人的信息

姓名: _____

关系: _____

街道地址: _____

城市、州: _____

电话号码: _____

家庭成员:

姓名: _____ 电话: _____

工作电话:

姓名: _____ 电话: _____

学校信息

子女姓名: _____

年级: _____ 放学时间: _____

老师/班主任: _____

学校名称: _____

学校地址: _____

学校电话号码: _____

学校网站: _____

当地消息来源:

子女姓名: _____

年级: _____ 放学时间: _____

老师/班主任: _____

学校名称: _____

学校地址: _____

学校电话号码: _____

学校网站: _____

当地消息来源:

学校信息

子女姓名: _____

年级: _____ 放学时间: _____

老师/班主任: _____

学校名称: _____

学校地址: _____

学校电话号码: _____

学校网站: _____

当地消息来源:

子女姓名: _____

年级: _____ 放学时间: _____

老师/班主任: _____

学校名称: _____

学校地址: _____

学校电话号码: _____

学校网站: _____

当地消息来源:



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名: _____

家庭成员 1

姓名: _____

出生日期: _____ 年龄: _____

眼睛颜色: _____ 手机: _____

头发颜色: _____ 电子邮件: _____

身高: _____ 工作: _____

体重: _____ 工作电话: _____

家庭医生: _____

电话: _____

牙医: _____

电话: _____

医院: _____

城市、州: _____

特殊需求/诊断: _____

所需便利安排: _____

眼镜: _____

助听器: _____

过敏: _____

我的用药 (剂量): _____



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名: _____

家庭成员 2

姓名: _____

出生日期: _____ 年龄: _____

眼睛颜色: _____ 手机: _____

头发颜色: _____ 电子邮件: _____

身高: _____ 工作: _____

体重: _____ 工作电话: _____

家庭医生: _____

电话: _____

牙医: _____

电话: _____

医院: _____

城市、州: _____

特殊需求/诊断: _____

所需便利安排: _____

眼镜: _____

助听器: _____

过敏: _____

我的用药 (剂量): _____



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名: _____

家庭成员 3

姓名: _____

出生日期: _____ 年龄: _____

眼睛颜色: _____ 手机: _____

头发颜色: _____ 电子邮件: _____

身高: _____ 工作: _____

体重: _____ 工作电话: _____

家庭医生: _____

电话: _____

牙医: _____

电话: _____

医院: _____

城市、州: _____

特殊需求/诊断: _____

所需便利安排: _____

眼镜: _____

助听器: _____

过敏: _____

我的用药 (剂量): _____



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名: _____

家庭成员 4

姓名: _____

出生日期: _____ 年龄: _____

眼睛颜色: _____ 手机: _____

头发颜色: _____ 电子邮件: _____

身高: _____ 工作: _____

体重: _____ 工作电话: _____

家庭医生: _____

电话: _____

牙医: _____

电话: _____

医院: _____

城市、州: _____

特殊需求/诊断: _____

所需便利安排: _____

眼镜: _____

助听器: _____

过敏: _____

我的用药 (剂量): _____



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名: _____

家庭成员 5

姓名: _____

出生日期: _____ 年龄: _____

眼睛颜色: _____ 手机: _____

头发颜色: _____ 电子邮件: _____

身高: _____ 工作: _____

体重: _____ 工作电话: _____

家庭医生: _____

电话: _____

牙医: _____

电话: _____

医院: _____

城市、州: _____

特殊需求/诊断: _____

所需便利安排: _____

眼镜: _____

助听器: _____

过敏: _____

我的用药 (剂量): _____



请填写相应家庭成员的详细信息。

姓名:

家庭成员 6

姓名: _____
出生日期: _____ 年龄: _____
眼睛颜色: _____ 手机: _____
头发颜色: _____ 电子邮件: _____
身高: _____ 工作: _____
体重: _____ 工作电话: _____
家庭医生: _____
电话: _____
牙医: _____
电话: _____
医院: _____
城市、州: _____
特殊需求/诊断: _____
所需便利安排: _____
眼镜: _____
助听器: _____
过敏: _____
我的用药(剂量): _____



姓名: _____

当地紧急联系人信息

姓名: _____

关系: _____

街道地址: _____

市、州: _____

电话号码: _____

如果父母一方或双方都无法照顾孩子，此人是否愿意接纳他们？

家庭成员:

姓名: _____ 电话: _____



姓名: _____

地区外紧急联系人信息

姓名: _____

关系: _____

街道地址: _____

城市、州: _____

国家/地区: _____

电话号码: _____

家庭成员:

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____

姓名: _____ 电话: _____



如果该家人在美国境内，请圈出或以星号标出其所在的州。