

EMERGENCY PLAYBOOK

在緊急情況下幫助您的家人
(Traditional Chinese)



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

Department of
Social Services

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

緊急情況說明

本手冊旨在協助您的家人與所在城市應對緊急情況。請仔細填寫本手冊中的資訊。這有助於讓您的家人重新團聚。如果您在拍攝照片時需要幫助，請向您的收容所提供者尋求協助。我們也可以影印一份副本供您保存。

請盡可能多地提供關於您本人和目前與您同住的家庭成員的資訊。

請列出一名居住在紐約市地區的緊急聯絡人，以及一名居住得較遠或在其他國家/地區的緊急聯絡人。這些聯絡人應該是您認識、信任並能取得聯絡之人。

緊急資訊

警察與派遣電話

911

緊急醫療情況電話

911

緊急電話 #1:

緊急電話 #2:

我家人的姓名、地址以及電話號碼：



插入家人照片

姓名：

我家人的資訊

姓名：_____

關係：_____

街道地址：_____

城市、州：_____

電話號碼：_____

家庭成員：

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

工作電話：

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

姓名：_____ 電話：_____

學校資訊

子女姓名: _____

年級: _____ 放學時間: _____

老師/班導師: _____

學校名稱: _____

學校地址: _____

學校電話號碼: _____

學校網站: _____

當地消息來源: _____

子女姓名: _____

年級: _____ 放學時間: _____

老師/班導師: _____

學校名稱: _____

學校地址: _____

學校電話號碼: _____

學校網站: _____

當地消息來源: _____

學校資訊

子女姓名: _____

年級: _____ 放學時間: _____

老師/班導師: _____

學校名稱: _____

學校地址: _____

學校電話號碼: _____

學校網站: _____

當地消息來源: _____

子女姓名: _____

年級: _____ 放學時間: _____

老師/班導師: _____

學校名稱: _____

學校地址: _____

學校電話號碼: _____

學校網站: _____

當地消息來源: _____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名：_____

家庭成員 1

姓名：_____

出生日期：_____ 年齡：_____

眼睛顏色：_____ 手機：_____

頭髮顏色：_____ 電子郵件：_____

身高：_____ 工作：_____

體重：_____ 工作電話：_____

家庭醫生：_____

電話：_____

牙醫：_____

電話：_____

醫院：_____

城市、州：_____

特殊需求/診斷：_____

所需便利安排：_____

眼鏡：_____

助聽器：_____

過敏：_____

我的用藥（劑量）：_____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名：_____

家庭成員 2

姓名：_____

出生日期：_____ 年齡：_____

眼睛顏色：_____ 手機：_____

頭髮顏色：_____ 電子郵件：_____

身高：_____ 工作：_____

體重：_____ 工作電話：_____

家庭醫生：_____

電話：_____

牙醫：_____

電話：_____

醫院：_____

城市、州：_____

特殊需求/診斷：_____

所需便利安排：_____

眼鏡：_____

助聽器：_____

過敏：_____

我的用藥（劑量）：_____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名：

家庭成員 3

姓名：_____

出生日期：_____ 年齡：_____

眼睛顏色：_____ 手機：_____

頭髮顏色：_____ 電子郵件：_____

身高：_____ 工作：_____

體重：_____ 工作電話：_____

家庭醫生：_____

電話：_____

牙醫：_____

電話：_____

醫院：_____

城市、州：_____

特殊需求/診斷：_____

所需便利安排：_____

眼鏡：_____

助聽器：_____

過敏：_____

我的用藥（劑量）：_____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名：

家庭成員 4

姓名：_____

出生日期：_____ 年齡：_____

眼睛顏色：_____ 手機：_____

頭髮顏色：_____ 電子郵件：_____

身高：_____ 工作：_____

體重：_____ 工作電話：_____

家庭醫生：_____

電話：_____

牙醫：_____

電話：_____

醫院：_____

城市、州：_____

特殊需求/診斷：_____

所需便利安排：_____

眼鏡：_____

助聽器：_____

過敏：_____

我的用藥（劑量）：_____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名：

家庭成員 5

姓名：_____

出生日期：_____ 年齡：_____

眼睛顏色：_____ 手機：_____

頭髮顏色：_____ 電子郵件：_____

身高：_____ 工作：_____

體重：_____ 工作電話：_____

家庭醫生：_____

電話：_____

牙醫：_____

電話：_____

醫院：_____

城市、州：_____

特殊需求/診斷：_____

所需便利安排：_____

眼鏡：_____

助聽器：_____

過敏：_____

我的用藥（劑量）：_____

插入
家庭成員
個人照片

請填寫相應家庭成員的詳細資訊。

姓名： _____

家庭成員 6

姓名： _____

出生日期： _____ 年齡： _____

眼睛顏色： _____ 手機： _____

頭髮顏色： _____ 電子郵件： _____

身高： _____ 工作： _____

體重： _____ 工作電話： _____

家庭醫生： _____

電話： _____

牙醫： _____

電話： _____

醫院： _____

城市、州： _____

特殊需求/診斷： _____

所需便利安排： _____

眼鏡： _____

助聽器： _____

過敏： _____

我的用藥（劑量）： _____



插入
當地緊急聯絡人
照片

姓名：

當地緊急聯絡人資訊

姓名： _____
關係： _____
街道地址： _____
城市、州： _____
電話號碼： _____

☐ 如果父母一方或雙方都無法照顧孩子，此人是否願意接納他們？

家庭成員：

姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____
姓名： _____	電話： _____

插入
地區外緊急聯絡人照片

姓名：

地區外緊急聯絡人資訊

姓名： _____

關係： _____

街道地址： _____

城市、州： _____

國家/地區： _____

電話號碼： _____

家庭成員：

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____



如果此家人在美國境內，請圈選所在州或為其標記星號。