

# EMERGENCY PLAYBOOK

ایمرجنسی کی صورت میں اپنی فیملی کی مدد کریں  
(Urdu)

911

پولیس اور ڈسپچ

911

طبی ایمرجنسی

ایمرجنسی فون #1:

ایمرجنسی فون #2:

میری فیملی کا نام، پتہ اور فون نمبرز:

## ایمرجنسی سے متعلق ہدایات

یہ کتابچہ کسی ایمرجنسی کی صورت میں آپ کی فیملی اور سٹی کی مدد کرے گا۔ براہ کرم اس پلے بک میں معلومات کو احتیاط سے مکمل کریں۔ یہ آپ کی فیملی کو دوبارہ ایک ساتھ ہونے میں مدد کر سکتا ہے۔ اگر آپ کو فوٹوز لینے میں مدد درکار ہو تو براہ کرم اپنے پناہ فراہم کنندہ سے اپنی اعانت کرنے کو کہیں۔ ہم آپ کے رکھنے کے لیے بھی ایک کاپی بنا سکتے ہیں۔

براہ کرم اپنے بارے میں اور فی الوقت آپ کے ساتھ رہنے والے فیملی ممبران کے بارے میں آپ جتنی زیادہ معلومات فراہم کر سکتے ہیں کریں۔

براہ کرم NYC کے علاقے میں ایک ہنگامی رابطہ اور ایک ایسا ہنگامی رابطہ درج کریں جو بہت دور یا دوسرے ملک میں رہتا ہو۔ یہ رابطے آپ کے واقف کار اور بھروسے مند لوگ ہونے چاہئیں اور ان سے آپ رابطہ کر سکتے ہوں۔

نام:

## میری فیملی کی معلومات

نام:

رشتہ:

گلی کا پتہ:

شہر، ریاست:

فون نمبر:

فیملی ممبران:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

دفتر کے نمبر:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

نام:

فون:

فیملی  
کی  
فوٹو لگائیں

## اسکول کی معلومات

بچے کا نام: \_\_\_\_\_

گریڈ: \_\_\_\_\_ چھٹی کا وقت: \_\_\_\_\_

ٹیچر/ہوم روم ٹیچر: \_\_\_\_\_

اسکول کا نام: \_\_\_\_\_

اسکول کا پتہ: \_\_\_\_\_

اسکول کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

اسکول کی ویب سائٹ: \_\_\_\_\_

مقامی خبروں کے ذرائع: \_\_\_\_\_

بچے کا نام: \_\_\_\_\_

گریڈ: \_\_\_\_\_ چھٹی کا وقت: \_\_\_\_\_

ٹیچر/ہوم روم ٹیچر: \_\_\_\_\_

اسکول کا نام: \_\_\_\_\_

اسکول کا پتہ: \_\_\_\_\_

اسکول کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

اسکول کی ویب سائٹ: \_\_\_\_\_

مقامی خبروں کے ذرائع: \_\_\_\_\_

## اسکول کی معلومات

بچے کا نام: \_\_\_\_\_

گریڈ: \_\_\_\_\_ چھٹی کا وقت: \_\_\_\_\_

ٹیچر/ہوم روم ٹیچر: \_\_\_\_\_

اسکول کا نام: \_\_\_\_\_

اسکول کا پتہ: \_\_\_\_\_

اسکول کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

اسکول کی ویب سائٹ: \_\_\_\_\_

مقامی خبروں کے ذرائع: \_\_\_\_\_

بچے کا نام: \_\_\_\_\_

گریڈ: \_\_\_\_\_ چھٹی کا وقت: \_\_\_\_\_

ٹیچر/ہوم روم ٹیچر: \_\_\_\_\_

اسکول کا نام: \_\_\_\_\_

اسکول کا پتہ: \_\_\_\_\_

اسکول کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

اسکول کی ویب سائٹ: \_\_\_\_\_

مقامی خبروں کے ذرائع: \_\_\_\_\_

نام:

## فیملی ممبر 1

انفرادی فیملی ممبر  
کی  
فوٹو لگائیں

نام:

یوم پیدائش:

عمر:

آنکھ کا رنگ:

سیل:

بال کا رنگ:

ای میل:

قد:

دفتر:

وزن:

دفتر کا فون:

فیملی ڈاکٹر:

فون:

معالج دندان:

فون:

ہسپتال:

شہر، ریاست:

خاص ضروریات/تشخیص:

ربانٹش درکار ہے:

چشمے:

سماعتی آلات:

الرجیاں:

میری دوا (خوراک):

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔

نام:

## فیملی ممبر 2

نام:

یوم پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_  
آنکھ کا رنگ: \_\_\_\_\_ سیل: \_\_\_\_\_  
بال کا رنگ: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ دفتر: \_\_\_\_\_  
وزن: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_  
فیملی ڈاکٹر: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
معالج دندان: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
ہسپتال: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
خاص ضروریات/تشخیص: \_\_\_\_\_  
ربائش درکار ہے: \_\_\_\_\_  
چشمے: \_\_\_\_\_  
سماعتی آلات: \_\_\_\_\_  
الرجیاں: \_\_\_\_\_  
میری دوا (خوراک): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

انفرادی فیملی ممبر کی  
فوٹو لگائیں

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔

نام:

### فیملی ممبر 3

نام:

یوم پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_  
آنکھ کا رنگ: \_\_\_\_\_ سیل: \_\_\_\_\_  
بال کا رنگ: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ دفتر: \_\_\_\_\_  
وزن: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_  
فیملی ڈاکٹر: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
معالج دندان: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
ہسپتال: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
خاص ضروریات/تشخیص: \_\_\_\_\_  
ربائش درکار ہے: \_\_\_\_\_  
چشمے: \_\_\_\_\_  
سماعتی آلات: \_\_\_\_\_  
الرجیاں: \_\_\_\_\_  
میری دوا (خوراک): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

انفرادی فیملی ممبر کی  
فوٹو لگائیں

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔

نام:

#### فیملی ممبر 4

نام:

یوم پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_  
آنکھ کا رنگ: \_\_\_\_\_ سیل: \_\_\_\_\_  
بال کا رنگ: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ دفتر: \_\_\_\_\_  
وزن: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_  
فیملی ڈاکٹر: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
معالج دندان: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
ہسپتال: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
خاص ضروریات/تشخیص: \_\_\_\_\_  
رہائش درکار ہے: \_\_\_\_\_  
چشمے: \_\_\_\_\_  
سماعتی آلات: \_\_\_\_\_  
الرجیاں: \_\_\_\_\_  
میری دوا (خوراک): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

انفرادی فیملی ممبر کی  
فوٹو لگائیں

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔



نام:

## فیملی ممبر 5

نام:

یوم پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_  
آنکھ کا رنگ: \_\_\_\_\_ سیل: \_\_\_\_\_  
بال کا رنگ: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ دفتر: \_\_\_\_\_  
وزن: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_  
فیملی ڈاکٹر: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
معالج دندان: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
ہسپتال: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
خاص ضروریات/تشخیص: \_\_\_\_\_  
ربائش درکار ہے: \_\_\_\_\_  
چشمے: \_\_\_\_\_  
سماعتی آلات: \_\_\_\_\_  
الرجیاں: \_\_\_\_\_  
میری دوا (خوراک): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

انفرادی فیملی ممبر کی  
فوٹو لگائیں

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔

نام:

## فیملی ممبر 6

نام:

یوم پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_  
آنکھ کا رنگ: \_\_\_\_\_ سیل: \_\_\_\_\_  
بال کا رنگ: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ دفتر: \_\_\_\_\_  
وزن: \_\_\_\_\_ دفتر کا فون: \_\_\_\_\_  
فیملی ڈاکٹر: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
معالج دندان: \_\_\_\_\_  
فون: \_\_\_\_\_  
ہسپتال: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
خاص ضروریات/تشخیص: \_\_\_\_\_  
رہائش درکار ہے: \_\_\_\_\_  
چشمے: \_\_\_\_\_  
سماعتی آلات: \_\_\_\_\_  
الرجیاں: \_\_\_\_\_  
میری دوا (خوراک): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

انفرادی فیملی ممبر کی  
فوٹو لگائیں

فیملی ممبر سے مراسلت کی تفصیلات مکمل کریں۔

نام:

## مقامی ہنگامی رابطے کی معلومات

نام: \_\_\_\_\_  
رشتہ: \_\_\_\_\_  
گلی کا پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
فون نمبر: \_\_\_\_\_

☐ اگر والدین میں سے کوئی ایک یا دونوں ہی بچوں کی نگہداشت نہیں کر سکتے ہوں تو کیا یہ شخص ان کی نگہداشت کرنے پر راضی ہوگا؟

فیملی ممبران:

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |

فیملی  
کی  
فوٹو لگائیں

نام:

## علاقہ سے باہر کے ہنگامی رابطے کی معلومات

نام: \_\_\_\_\_  
رشتہ: \_\_\_\_\_  
گلی کا پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر، ریاست: \_\_\_\_\_  
ملک: \_\_\_\_\_  
فون نمبر: \_\_\_\_\_

فیملی ممبران:

|      |       |      |       |
|------|-------|------|-------|
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |
| نام: | _____ | فون: | _____ |



اگر آپ کی فیملی ریاستہائے متحدہ میں ہو تو جس ریاست میں ہے اس پر  
دائرہ بنائیں یا ستارہ کا نشان لگائیں۔

علاقہ سے باہر کے ہنگامی رابطہ  
کی فوٹو لگائیں