

**Do you have Critical needs that would require help in an emergency or evacuation? If “yes,” please fill out the survey on the other side.**

This survey is for individuals living within the approximate 10-mile Emergency Planning Zone (EPZ) of Millstone Power Station in Waterford, CT.

Please complete and return this yearly survey--even if you have done so before. The survey is given to your city/ town’s Emergency Management Official to ensure that there is up-to-date information to provide assistance, if needed, in the event of an emergency or evacuation. **The form should only include information regarding impairments that will impede self-evacuation from your home.**

**¿Tiene Ud. necesidades criticas que requieren asistencia en una emergencia o evacuación? Si esto es el caso, por favor complete la encuesta en el otro lado.**

Esta encuesta es para los individuos que viven en la Zona Planificada de Emergencia dentro de aproximadamente 10 millas de la Planta Millstone en Waterford, CT.

Favor de llenar y devolver esta encuesta anual-aunque ya lo haya hecho. Envie la encuesta al funcionario de Manejo de Emergencias de su ciudad para asegurar que haya informacion al día para proveer asistencia, si es necesario, en caso de emergencia o de evacuación. **La encuesta debe incluir solamente información sobre perjuicios que impidan la evacuación normal de su casa.**

▲ **FOLD AND TAPE HERE TO RETURN** ▲ **DOBLE Y SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ** ▲



CT Department of Emergency Services and Public Protection  
Division of Emergency Management and Homeland Security  
1111 Country Club Road  
Middletown, CT 06547

This survey has been prepared in cooperation with the State of Connecticut Department of Emergency Services and Public Protection, Division of Emergency Management and Homeland Security, your city/town’s Emergency Management Official and Millstone Power Station.

**Remember: If you hear a steady siren tone for 3 minutes or more, turn on a radio or TV and tune to a local Emergency Alert System (EAS) station for official information and instructions on the specific emergency.**

Esta encuesta se preparó en cooperación con el Departamento de Servicios de Emergencia y Protección Pública, la división de Gestión de Emergencia y Seguridad Nacional, del Estado de Connecticut, el funcionario de Manejo de Emergencias de su ciudad, y Millstone Power Station.

**Recuerde Ud.: Si Ud. oye un tono constante por 3 minutos o más, encienda la radio o la televisión y sintonice una estación local del Sistema de Alerta de Emergencias (EAS) para información e instrucciones oficiales sobre la emergencia específica.**



MIDDLETOWN CT 06457-9903  
1111 COUNTRY CLUB RD  
CT DESPP DEMHS REP UNIT

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



▼ **TAPE HERE TO RETURN** **SUJETE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ** ▼

**THIS INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL  
ESTA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIAL**

***I / this person will need assistance in the event of an emergency or evacuation: PLEASE PRINT  
Yo / Este individuo necesita asistencia en caso de una emergencia o evacuación: FAVOR DE USAR LETRAS DE MOLDE***

Name/nombre y apellido		Date/fecha
Street address/dirección		
City/ciudad	CT	Zip code/zona postal
Phone number/número de teléfono home/casa ( )	cell/celular ( ) work/trabajo ( )	TDD/TTY ( )
If you are a part-time resident (i.e., summer only), please list the months you are living at this address: Si Ud. es residente de tiempo parcial (por ejemplo solamente en el verano), incluya los meses que vive en esta residencia:		

***Please mark an "X" in each box that applies. Need assistance for evacuation for the following reasons:  
Favor de escribir una X en la casilla respectiva. Necesito asistencia para evacuación por las razones siguientes:***

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Need a ride for evacuation.<br><input type="checkbox"/> Necesito transporte para evacuación.   | <input type="checkbox"/> I use a wheelchair and need an accessible ride.<br><input type="checkbox"/> Folding Wheelchair<br><input type="checkbox"/> Electric Wheelchair                                 | <input type="checkbox"/> Life Support Device/Confined to bed and need special assistance.<br>(Explain) _____   |
| <input type="checkbox"/> Hearing/sight impaired and need assistance for evacuation.<br><input type="checkbox"/> Persona con defecto de oído/ vista que necesita asistencia para evacuación. | <input type="checkbox"/> Utilizo silla de ruedas y necesito un vehículo con accesibilidad a.<br><input type="checkbox"/> Silla de ruedas plegable<br><input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Necesito equipo de soporte/ Persona confinada a la cama vital y asistencia especial para usarlo.<br>(Explica) _____                 |
| <input type="checkbox"/> Childcare Provider Needs Assistance with transport of Children.<br>How many? _____   | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado de niños necesita ayuda con el transporte de los niños.<br>¿Cuántos niños? _____  | <input type="checkbox"/> Other needs that will prevent prompt evacuation.<br>(Explain) _____<br>(Livestock, pets, language translation, etc.)                |
|   |   | <input type="checkbox"/> Otras necesidades que impidan una evacuación rápidamente.<br>(Explica) _____<br>(ganado, mascotas, traducción de idioma, etcétera.) |

Name of person completing this survey

Apellido del individuo que llena esta encuesta \_\_\_\_\_ Phone/teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

***Relative or other person we can notify to help you in the event of an emergency or evacuation:***

***Pariente u otra persona a quien podamos notificar para dar asistencia en caso de emergencia o evacuación:***

Name/apellido	
Street address/dirección	
City/ciudad	CT Zip code/zona postal
Phone number/número de teléfono home/casa ( )	cell/celular ( ) work/trabajo ( ) *TDD/TTY ( )