

STATE OF TEXAS EMERGENCY ASSISTANCE REGISTRY (STEAR)

Do you or anyone you know need some form of assistance during times of an emergency/disaster event? The state of Texas offers Texans the option to register with the STEAR program, a FREE registry that provides local emergency planners and responders with additional information on the needs in their community.

(Texas communities use the registry information in different ways. Registering yourself in the STEAR registry DOES NOT guarantee that you will receive a specific service during an emergency. Available services will vary by community. For more information on how your community will use information in the STEAR registry, contact your local emergency management office.)

Who Should Register?

- People with Disabilities
- People with access and functional needs such as:
 - ♦ People who have limited mobility
 - ♦ People who have communication barriers
 - ♦ People who require additional medical assistance during an emergency event
 - ♦ People who require transportation assistance
 - ♦ People who require personal care assistance

How to Register

- <https://STEAR.dps.texas.gov>
- Dial 2-1-1 or use your video phone relay option of choice to contact 211
- Printed or electronic forms (Contact your local government)

Required Information to Register

- Name
- Address
- Phone Number
- Primary Language

Additional questions asked to capture vital information for local emergency planners and responders

- Emergency Contact Information
- Caregiver Information
- Pets
- Transportation assistance for home evacuation
- Communication Barriers
- Disability, Functional or Medical Needs

Registration is **VOLUNTARY**.

All of the information you provide will be kept **COMPLETELY CONFIDENTIAL**.

Local Emergency Management Office

Randy Tuttle, Assistant
Police Chief
Emergency Management Coord.
Paris, Texas 75461
(903) 784-6688

REGISTRO PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA DEL ESTADO DE TEXAS (STEAR)

¿Necesita usted o alguien que conoce algún tipo de ayuda en caso de emergencia o desastre? El estado de Texas ofrece a los texanos la opción de inscribirse en el programa STEAR, un registro GRATIS que proporciona al personal local de emergencia y planificación información adicional sobre las necesidades de su comunidad.

(Las comunidades de Texas usan la información del registro de diferentes maneras. Inscribirse en el registro de STEAR NO ES una garantía de que recibirá un servicio específico durante una emergencia. Los servicios disponibles varían dependiendo de la comunidad. Para más información sobre cómo su comunidad usará la información en el registro STEAR, comuníquese con la oficina local de respuesta a emergencias.)

¿Quién debe inscribirse?

- Personas con discapacidades
- Personas con necesidades funcionales y de acceso:
- Personas con movilidad limitada
- Personas que tienen barreras de comunicación
- Personas que requieren ayuda médica adicional en caso de emergencia
 - ♦ Personas que requieren ayuda con el transporte
 - ♦ Personas que requieren ayuda de atención personal

Cómo inscribirse

- <https://STEAR.dps.texas.gov>
- Marque 211 o use la opción que prefiere de repetidor telefónico por video para comunicarse con 211
- Formas impresas o electrónicas (Comuníquese con el gobierno local)

Información obligatoria para inscribirse

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Idioma principal

Preguntas adicionales que se hacen para recoger información clave para el personal local de emergencia y planificación

- Información de contacto de emergencia
- Información del cuidador
- Mascotas
- Ayuda con el transporte para la evacuación de la casa
- Barreras de comunicación
- Discapacidad y necesidades funcionales o médicas

Inscribirse es **VOLUNTARIO**.

Toda la información que nos dé se mantendrá **COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL**.

Oficina local de respuesta a emergencias

Randy Tuttle, Assistant
Police Chief
Emergency Management Coord.
Paris, Texas 75461
(903) 784-6688



2015 State of Texas Emergency Assistance Registry (STEAR)

Local Jurisdiction:
Organization Collecting Information:
Organization Contact Telephone: Ext:
Organization Contact E-mail:

STEAR Individual Registration Form

Not for use by assisted living facilities or nursing homes. That form can be found
at <http://www.dads.state.tx.us/forms/1085/>.

One (1) form should be completed for each registrant.

Please understand that the Emergency Assistance Registry assists emergency officials in planning for emergency events. Having your information helps to determine what kinds of services might be required during a disaster, and helps responders plan and train more effectively. Communities use the information in different ways, so realize that having your information in the registry **DOES NOT** guarantee that you will receive a specific service during an emergency. Registration is not a substitute for developing and maintaining your own family disaster plan.

We would like to gather some basic information from you. Sharing this information is completely optional. To be registered, some basic information is required. You may choose to answer all or only some of the optional questions. *If filling out a paper form, please write the registrant's name in the designated space at the bottom of every page of the form.*

Basic Registrant Information - Required information marked with red *

1. * **Primary Language.** If you speak more than one language, choose the best language that you would use for emergency communications. For persons who cannot communicate vocally, please enter non-verbal.

☐ English ☐ Spanish ☐ Vietnamese ☐ Hindi ☐ Korean
☐ Chinese _____ (dialect) ☐ Other: _____

2. * Do you need a sign language interpreter? ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

Registrant Name: _____

Basic Registrant Information3a. * **First Name:** 3b. * **Last Name:** **4. * Physical Street Address**4a. * **Street Number and Name:** 4b. **Apt/Suite Number:** 4c. * **ZIP code (5-digit):** 4e. **+4 Zip code, if known:** 4d. * **City:** 5. **County, if known:** 6. * **Mailing Street Address** ☐ Note: If the box is clicked the mailing address will be auto populated.6a. * **Street Number and Name:** 6b. **Apt/Suite Number:** 6c. * **ZIP code (5-digit):** 6e. **+4 Zip code, if known:** 6d. * **City:** 7. **E-mail Address (if you have one):** 8. * **Best phone number to reach you:** **Ext:** 9. Do you have a second telephone number in case we cannot reach you at the previous number? **Ext:** 10. If you are a minor (younger than 18) or if the person you are registering is a minor, please enter their age in years. Enter 0 for children less than 1 year old. Leave blank for adults.**Emergency Contact Information**

In these questions, emergencies are defined as hazards to public health and safety, such as hurricanes, tornadoes, terrorist attacks, chemical accidents, and other disasters that may cause death, injury, or damage, which could require evacuation and sheltering of the public.

11. We need to gather some information about the best person for emergency planners to contact in case of an emergency.

11a. Emergency contact person's **First Name:** 11b. Emergency contact person's **Last Name:**

Emergency Contact Information

11c. What is this person's relationship to you? ☐ Wife/Husband ☐ Parent
☐ Sister/Brother ☐ Daughter/Son ☐ Aunt/Uncle ☐ Guardian ☐ Friend
☐ Other: _____ ☐ Declined

11d. Emergency contact's telephone number. Remember, this needs to be the best way to contact this person in case of an emergency: _____ Ext: _____

Caregivers and Animals

12. If you had to evacuate your home, would you be accompanied by a service animal?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

13a. Do you have a caregiver, advocate or legal guardian? This person may or may not be the same person who is your emergency contact. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

13b. [If answered Yes to Q13a] During an emergency would your caregiver, advocate or legal guardian evacuate with you? ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

14. How many people do you expect to accompany you when you evacuate? Include your caregiver or legal guardian if evacuating with you: _____

15a. If you had to evacuate your home, would you take a pet with you?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

15b. [If answered Yes to Q15a] How many total pets would need to evacuate with you? _____

15c. [If answered Yes to Q15a] Do you have carriers for all of your pets?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

Emergency Warnings and Instructions

16a. Do you have a disability or medical need that would prevent you from receiving or understanding emergency warnings or instructions whether in your home or away from home?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

16b. [If answered Yes to Q16a] Would you need help reading information because you are blind or have low vision? ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

16c. [If answered Yes to Q16a] Do you have any other communication needs? ☐ Yes ☐ No
☐ Declined If "Yes", please describe here: _____

Transportation Assistance

17. Do you have transportation to evacuate? This question provides planners with information on whether you need a ride to evacuate your city or county. Answer "No" if you **DO NOT** have a vehicle or a ride to evacuate. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

18. Do you need transportation assistance to get to an evacuation assembly point or shelter?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

19. Do you need assistance to physically evacuate your home due to a disability?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

Functional Needs

20. Do you have a disability, functional, or medical need, more than the use of a cane, that may require you to rely on additional assistance during an emergency? If "Yes", proceed to answer questions 21-27. If "No" or "Declined", proceed to question 28. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

21. Do you receive medical treatment from a nurse or doctor at your home or in a doctor's office at more than 2 times a week? ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

22a. If you were away from home, would you need help carrying out activities of daily living, such as bathing, eating, walking, or toileting? Your answer helps to improve plans made for shelters. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

22b. [If answered Yes to Q22a] Are these services currently provided by someone other than family or friends? If "Yes", please record the service provider and their contact information in the comments section [Question 29]. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

23. Are you on portable oxygen? ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

24. Do you have a disability or medical need that will require you to lie down while traveling?
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

25a. Do you have a life sustaining medical device that requires power?
(Examples would include a breathing machine, suction unit, or oxygen concentrator)
☐ Yes ☐ No ☐ Declined

25b. [If answered Yes to Q25a] How many hours of power are provided by your back-up power source? _____ hours

26. Do you weigh more than 350 lbs.? Emergency transport requires special equipment in certain cases if this weight is exceeded. ☐ Yes ☐ No ☐ Declined

Functional Needs (cont.)

27a. What durable or bulky medical equipment, such as a wheelchair, cane, or walker, do you need to have evacuated with you in an emergency? Please check all that apply. Your answer helps evacuation transportation planners. ☐ *Wheelchair* ☐ *Cane* ☐ *Walker*
☐ *Nebulizer* ☐ *Crutches* ☐ *Other:* _____ ☐ *None* ☐ *Declined*

27b. [If Yes to Wheelchair to Q27a] Do you have a motorized or custom wheelchair? Please answer "Yes" if you have a scooter or power wheelchair. ☐ *Yes* ☐ *No* ☐ *Declined*

28. Do you have a storm cellar or safe room in your residence?

☐ *Yes* ☐ *No* ☐ *Declined*

29. Are there any additional comments or notes that we should enter into your record?

☐ *Yes* ☐ *No* ☐ *Declined*

Click this Button to Email
completed electronic form to
STEAR@dps.texas.gov

This form can be filled electronically using Adobe Reader or Adobe Acrobat.
When filled electronically, click above button to send.

If you have trouble sending form electronically,
Complete form and save to desktop as a uniquely named PDF file.
(Example name: StearIndividualForm_*uniquename*_date.pdf)
Then attach PDF to an email and send to **STEAR@dps.texas.gov**.

OR

Complete form, print, and then fax paper form to (866) 557-1074.

****Please fill out and submit a new form if any of the information above changes.***



Registro del Estado de Texas para Asistencia en Casos de Emergencia (STEAR) 2015

Jurisdicción local: _____

Organización que recopila la información: _____

Teléfono de contacto de la organización: _____ Ext: _____

Correo electrónico de contacto de la organización: _____

Formulario de registro personal de STEAR

No se permite su uso por parte de centros de vida asistida u hogares de ancianos.

El formulario en inglés se puede encontrar en <http://www.dads.state.tx.us/forms/1085/>.

Cada persona inscrita debe llenar un (1) formulario.

El Registro para Asistencia en Casos de Emergencia contribuye a la planificación de los funcionarios para atender situaciones de emergencia. Su información nos ayudará a determinar los servicios que podría necesitar durante un desastre y a que los socorristas planifiquen y se capaciten de manera más efectiva. Las comunidades utilizan la información de diversas formas y, por tanto, debe tener en cuenta que incluir su información en el registro **NO** garantiza que recibirá un servicio específico durante una emergencia. El registro no sustituye la elaboración y actualización del plan de emergencia para su familia.

Nos gustaría que nos suministrara alguna información básica de manera totalmente opcional. Para inscribirse, se necesita alguna información básica. Puede optar por responder todas o solo algunas de las preguntas opcionales. *Si está llenando un formulario impreso, escriba el nombre de la persona inscrita en el espacio designado en la parte inferior de cada página del formulario.*

Información básica de la persona inscrita *(La información con asterisco rojo * es obligatoria)*

1.*Idioma principal. Si habla más de un idioma, seleccione el que utilizaría para comunicarse en casos de emergencia. Las personas que no se puedan comunicar de forma oral, deben escribir comunicación no verbal.

☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Hindi ☐ Coreano
☐ Chino _____ (dialecto) ☐ Otro: _____

2. *¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

Nombre de la persona inscrita: _____

Información básica de la persona inscrita (cont.) (La información con asterisco rojo * es obligatoria)

3a. * Nombre:

3b. * Apellido:

4. * Dirección física

4a. * Número y nombre de la calle:

4b. Número de apto o suite: _____

4c. * Código postal (5 dígitos): 4e. Código postal (4 dígitos +), si lo sabe: _____

4d. * Ciudad:

5. Condado, si lo sabe: _____

6. * Dirección de correspondencia ☐ Nota: Al hacer clic en la casilla, la dirección se llenará automáticamente.

6a. * Número y nombre de la calle:

6b. Número de apartamento o suite: _____

6c. * Código postal (5 dígitos): 6e. Código postal (4 dígitos +), si lo sabe: _____

6d. * Ciudad:

7. Correo electrónico (si lo tiene): _____

8. * Número de teléfono más adecuado para contactarlo: Ext: _____

9. ¿Tiene otro número de teléfono en caso de que no podamos contactarlo en el número anterior? _____ Ext: _____

10. Si usted es menor de edad (menor de 18 años) o si la persona a la que está registrando es menor de edad, escriba la edad en años _____. Escriba 0 si es menor de 1 año de edad. Deje el espacio en blanco si se trata de un adulto.

Información del contacto en casos de emergencia

En estas preguntas, emergencia se define como peligros para la salud y seguridad públicas, como huracanes, tornados, atentados terroristas, accidentes químicos y otros desastres que puedan ocasionar muertes, lesiones o daños y que requerirían evacuar a la comunidad y proveerle refugio.

11. Necesitamos recopilar cierta información sobre la persona más apropiada a quien pueden contactar los planificadores en caso de emergencia.

11a. Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

11b. Apellido de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

Información del contacto en casos de emergencia (cont.)

11c. ¿Cuál es la relación de esta persona con usted? ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre
☐ Hermano/a ☐ Hijo/a ☐ Tío/a ☐ Tutor/a ☐ Amigo/a
☐ Otra: _____ ☐ No responde

11d. Número de teléfono del contacto en caso de emergencia. Recuerde que debe ser la manera más adecuada de contactar a esta persona en caso de emergencia: _____

Ext: _____

Cuidadores y animales

12. Si tuviese que evacuar su vivienda, ¿lo acompañaría un animal de servicio?

☐ Si ☐ No ☐ No responde

13a. ¿Cuenta con un cuidador, intercesor o tutor legal? No importa si se trata de su contacto de emergencia o de otra persona. ☐ Si ☐ No ☐ No responde

13b. [Si respondió afirmativamente a la P13a] Durante una emergencia, ¿su cuidador, intercesor o tutor legal evacuaría con usted? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

14. ¿Cuántas personas prevé que lo acompañarán en el momento de evacuar? Incluya a su cuidador o tutor legal si ellos evacuarían con usted: _____

15a. Si tuviese que evacuar su vivienda, ¿lo acompañaría una mascota?

☐ Si ☐ No ☐ No responde

15b. [Si respondió afirmativamente a la P15a] ¿Cuántas mascotas en total necesitarían evacuar con usted? _____

15c. [Si respondió afirmativamente a la P15a] ¿Tiene cajas transportadoras para todas sus mascotas? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

Advertencias e instrucciones de emergencia

16a. ¿Tiene alguna discapacidad o necesidad médica que le impida recibir o comprender las advertencias o instrucciones para casos de emergencia en su hogar o lejos de él?

☐ Si ☐ No ☐ No responde

16b. [Si respondió afirmativamente a la P16a] ¿Necesitaría ayuda para leer la información por ser invidente o tener visión corta? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

16c. [Si respondió afirmativamente a la P16a] ¿Tiene otras necesidades de comunicación? ☐ Si ☐ No ☐ No responde Si respondió afirmativamente, escriba la descripción aquí:

Ayuda con transporte

17. ¿Tiene transporte en caso de evacuación? Esta pregunta les brinda a los planificadores información sobre si necesita transporte para evacuar su ciudad o condado. Responda negativamente si **NO** tiene un vehículo o medio de transporte para evacuar.

☐ Si ☐ No ☐ No responde

18. ¿Necesita ayuda con transporte para llegar a un punto de encuentro de evacuación o refugio? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

19. ¿Necesita ayuda para evacuar su vivienda debido a una discapacidad? ☐ Si ☐ No
☐ No responde

Necesidades funcionales

20. ¿Tiene una discapacidad, disfunción o necesidad médica, además de un bastón, que le obligue a depender de ayuda adicional durante una emergencia? Si respondió afirmativamente, continúe con las preguntas 21 a 27. Si respondió negativamente o no respondió, continúe con la pregunta 28. ☐ Si ☐ No ☐ No responde

21. ¿Está recibiendo tratamiento médico de un enfermero o médico en su hogar o en un consultorio más de dos veces a la semana? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

22a. Si estuviese lejos de su hogar, ¿necesitaría ayuda para realizar actividades cotidianas como bañarse, comer, caminar o ir al baño? Su respuesta nos servirá para mejorar los planes que elaboramos para los refugios. ☐ Si ☐ No ☐ No responde

22b. [Si respondió afirmativamente a la P22a] ¿Estos servicios los presta en la actualidad una persona diferente a sus familiares o amigos? Si respondió afirmativamente, escriba el nombre del proveedor de servicios y su información de contacto en la sección de comentarios [Pregunta 29]. ☐ Si ☐ No ☐ No responde

23. ¿Necesita oxígeno portátil? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

24. ¿Tiene alguna discapacidad o necesidad médica en la que requiera viajar acostado? ☐ Si ☐ No ☐ No responde

25a. ¿Tiene un dispositivo médico de soporte vital que necesite energía eléctrica? (Algunos ejemplos son máquinas de respiración, unidades de succión o concentradores de oxígeno) ☐ Si ☐ No ☐ No responde

25b. [Si respondió afirmativamente a la P25a] ¿Cuántas horas de energía ofrece su fuente de reserva? _____ horas.

Necesidades funcionales (cont.)

26. ¿Pesa más de 150 Kg? El transporte de emergencia requiere equipos especiales en ciertos casos si se excede este peso. ☐ Si ☐ No ☐ No responde

27a. ¿Cuáles equipos médicos duraderos o voluminosos, como una silla de ruedas, un bastón o un caminador, necesita para evacuar en casos de emergencia? Marque todas las que correspondan. Su respuesta les servirá a los planificadores del transporte en caso de evacuación. ☐ Silla de ruedas ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Nebulizador ☐ Muletas
☐ Otro: _____ ☐ Ninguno ☐ No responde

27b. **[Si marcó silla de ruedas en la P27a]** ¿Tiene una silla de ruedas motorizada o personalizada? Responda afirmativamente si tiene una motoneta o silla de ruedas eléctrica.
☐ Si ☐ No ☐ No responde

28. ¿Tiene un refugio contra tormentas o una habitación de seguridad en su residencia?
☐ Si ☐ No ☐ No responde

29. ¿Hay comentarios u observaciones adicionales que debamos anotar en su registro? ☐ Si
☐ No ☐ No responde

Haga clic en este botón para enviar el
formulario lleno al correo electrónico
STEAR@dps.texas.gov

Este formulario se puede llenar electrónicamente con Adobe Reader o Adobe Acrobat. En tal caso, haga clic en el botón de arriba para enviarlo.

Si tiene problemas para enviar el formulario por vía electrónica, llénelo y guárdelo en su computadora como archivo PDF con un nombre único.
(Ejemplo: FormularioPersonalStear_nombreúnico_fecha.pdf) Luego, adjunte el PDF a un correo electrónico y envíelo a STEAR@dps.texas.gov.

O

Llene el formulario, imprímalo y envíelo por fax al (866) 557-1074.

****Llene y envíe un nuevo formulario si cualquier parte de la información anterior cambia.**

State of Texas Emergency Assistance Registry (STEAR)

Contact Information for Data Collector

Organization:	Contact Name:
Contact Area Code and Telephone No.	Contact Email:

STEAR Facility Registration Form – For use by assisted living facilities, nursing homes, etc.
One form should be completed for each facility.

1. Name of the facility	
2. Street address	Apt/Suite No.
3. City	
4. ZIP code	
5. County	
6. Contact area code and telephone	
7. Estimated daily average census	
8. Do you have an evacuation plan for your facility residents if there is an emergency?..... ☐ Yes ☐ No	
9. Are there any additional comments or notes I should enter into your record?	
Fax completed form to 866-557-1074	Forms can be filled electronically using Adobe Reader or Acrobat and saved as uniquely named PDF files.