

EPAD FORMULARIO DE CLASIFICACION INTERNA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

Tipo de Incidente: Viento Inundación Fuego Otro

Iglesia /Nombre del Compañero de Misión: _____ Ciudad: _____

Dirección Física: _____

Dirección de Envío: _____

Teléfono de Iglesia: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Remitente: _____ Papel que Desempeña: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿El liderazgo o Concilio de su organización ha aprobado el completar este formulario? Fecha: _____

Firma de Los Remitentes: _____

Fecha: _____

¿Ha implementado su organización un Plan de Preparación para Desastres? Si No

¿Su organización tiene un Equipo de Preparación para Desastres? Si No

Coordinador: _____ Teléfono : _____

Correo Electrónico : _____

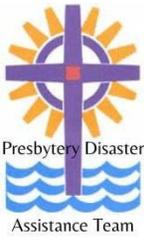
LISTA DE VERIFICACION DE NECESIDADES

Inmediato: Lugar de Encuentro/Culto Si No

Servicios Comunitarios Impactados Si No

Pastoral /Servicios de Salud Mental Si No

Otra: _____



EPAD FORMULARIO DE INCIDENTE DE EMERGENCIA

Personal Afectado/Necesidades:

Pastor: _____ No _____ Si En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Alojamiento _____Transportacion _____Otra: _____

Personal Adicional: ___ No ___ Si En caso afirmativo, Cantidad _____

Marque todo lo que Corresponda :

Alojamiento _____Transportación _____Otra: _____

Servicios Críticos Impactados:

Ministerios u organizaciones anidadas afectadas - Marque todo lo que corresponda:

Despensa de Alimentos Servicio de Comidas Grupo de Apolo _____
Otra: _____

Nombre de cualquier organización asociada o proveedores afectados: _____

Impactos Organizacionales:

Financieros: ___ Si _____ No Describe: _____

Estructural: ___ Si _____ No Describe: _____

Propiedad(no-estructura): _____ Si _____ No Describe: _____

Utilidades:

Electricidad _____ Si _____ No Describe: _____

Comunicaciones _____ Si _____ No Describe: _____

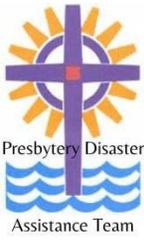
Agua _____ Si _____ No Describe: _____

Alcantarillado _____ Si _____ No. Describe: _____

Tecnología _____ Si _____ No Describe: _____

Registros de la Organización _____ Si _____ No Describe: _____

Posibles problemas a largo plazo identificados :



EPAD FORMULARIO DE CLASIFICACION DE INCIDENTES

Recursos Financieros:

Covertura de Seguro: ____ Si ____ No Deducible: _____

Reserva Financiera: ____ Si ____ No Cantidad Aproximada: _____

Solicitud de FEMA: ____ Si ____ No En caso afirmativo, Fecha de Aplicación: ____

Solicitud de préstamo por desastre "SBA": ____ Si ____ No

En caso afirmativo, Fecha de Aplicación: _____

Otra Fuentes de apoyo financiero completadas: ____ Si ____ No

Enumerar Fuentes : _____

Centro de Recuperación de Desastre Visitado ____ Yes ____ No Fecha: _____

Evaluación Formal de Daños Completada: ____ Si ____ No: Fecha: _____

Recursos Necesarios

¿Le Gustaria solicitar un Equipo de Respuesta de Atención ante Desastres del Presbiterio? ¿Asistencia para reunirse con su Iglesia? ____ Si ____ No

¿Esta buscando usted Ayuda financiera del Presbiterio de Tampa Bay? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, Se le pondrá a su disposición una Solicitud de Subvención de Asistencia Financiera por separado después de la revisión.

Otros Recursos Necesarios: _____