



ACT
Government

आपकी एमर्जेंसी

उठाए और जाए पस्तिका

आपका विवरण

नाम	<input type="text"/>		
पता	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	पोस्टकोड	<input type="text"/>
टेलीफ़ोन	निवास <input type="text"/>	मोबाइल <input type="text"/>	
	कार्य <input type="text"/>		
ईमेल	<input type="text"/>		

एमर्जेंसी एव ए सी टी सचना

पुलिस, फ़ायर ब्रिगेड या एम्बुलेंस	000
पुलिस सहायता लाइन	131 444
एस ई एस (तूफ़ान या बाढ़ में सहायता के लिए)	132 500
क्राईम स्टॉपर्स	1800 333 000
अनुवाद एवं दुभाषण सेवा	131 450
कैनबरा कनेक्ट	132 281
हेल्थडाइरेक्ट ऑस्ट्रेलिया	1800 022 222

आगे की सोच

तैयार रह

सुरक्षित रह

आपक एमर्जेंसी किट की वस्तुएँ

यह सनिश्चित करन क लिए कि आप किसी एमर्जेंसी क लिए तयार ह, यह महत्वपण ह कि आवश्यक वस्तुओ का एक किट तयार कर।

अपन किट म क्या शामिल कर

आप इन्हें शामिल करने की सोचें -

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> बैटरी चालित रेडियो | <input type="checkbox"/> बदलने के लिए कपड़े | <input type="checkbox"/> दीर्घायु अल्पाहार और पानी |
| <input type="checkbox"/> टॉर्च | <input type="checkbox"/> ऊनी कम्बल | <input type="checkbox"/> घर और/या कार की अतिरिक्त चाबी |
| <input type="checkbox"/> रेडियो व टॉर्च के लिए अतिरिक्त बैटरियाँ | <input type="checkbox"/> प्राथमिक उपचार किट | <input type="checkbox"/> महत्वपूर्ण संपर्कों की सूची |
| <input type="checkbox"/> थोड़ा नक़द पैसा | <input type="checkbox"/> मोमबत्तियाँ और जलरोधी माचिस | |

आप किट को कहा रखगे?

लिखें कि आप अपने किट को अपने घर में कहाँ रखेंगे

यदि आपको घर छोड़ना पड़ तो आपको अपन किट म और क्या जोड़ना होगा?

यदि किसी एमर्जेंसी के कारण आपको अपना घर छोड़ना पड़े तो आपको अपने किट में संभवतः यह जोड़ना पड़े -

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> दवाईयाँ | <input type="checkbox"/> फ़ोटो या फ़ोटुओं वाली डिस्क |
| <input type="checkbox"/> औषधि निर्देश | <input type="checkbox"/> सड़क निर्देशिका/मानचित्र |
| <input type="checkbox"/> आपका औषधि रिकॉर्ड | <input type="checkbox"/> मोबाइल फ़ोन |
| <input type="checkbox"/> आवश्यक कागज-पत्र व दस्तावेज जैसे कि, | <input type="checkbox"/> मोबाइल फ़ोन चार्जर |
| <input type="checkbox"/> बीमा पॉलिसी | <input type="checkbox"/> पढ़ने का चश्मा |
| <input type="checkbox"/> पासपोर्ट | <input type="checkbox"/> ड्राइवर्स लाइसेंस |

आपकी एमर्जेंसी घर छोड़ कर जाने की योजना

एमर्जेंसी म अपना घर छोड़ कर जान की काय योजना तयार कर। निम्नलिखित क बार म सोच:-

- | | |
|---|--|
| ■ क्या किसी भी समय जान क लिए आपका एमर्जेंसी किट तयार ह? | ■ क्या आपकी दवाईयों और सपको क काड नवीनतम ह? |
| ■ छोड़त समय कौन सी अन्य महत्वपण वस्तु आपको अपन साथ क्या ल जानी होंगी? | ■ क्या आपन अपन पड़ोसियों को बता दिया ह कि आप क्या कर रह ह? |
| ■ यदि आपक पास पालत पश ह तो उनक लिए क्या प्रबध किए जाएगे? | |

छोड़न से पहल (यदि समय हो तो)

गैस, बिजली और पानी की आपूर्ति को बंद कर दें, या किसी को बता दें कि वह इसे कहाँ पर कर सकते हैं

गैस मीटर	<input type="text"/>
बिजली मुख्य बोर्ड	<input type="text"/>
पानी का मीटर	<input type="text"/>

आप कहा जाएगे?

विकल्प 1

विकल्प 2

आप वहाँ कैसे पहुँचेंगे?

कौन आपकी मदद कर सकता है? फ़ोन

यदि आप अपना घर छोड़ कर जा रहे हैं तो और किसे बताना चाहेंगे?

नाम फ़ोन

क्या कोई अन्य आवश्यक/नियमित जिम्मेदारियाँ हैं जोकि किसी और को आपके लिए करनी होंगी?

एमर्जेसी संपक आपका परिवार और मित्र

1	नाम	<input type="text"/>		
	संबंध	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>

2	नाम	<input type="text"/>		
	संबंध	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>

3	नाम	<input type="text"/>		
	संबंध	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>

4	नाम	<input type="text"/>		
	संबंध	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>

एमर्जेसी संपक आपक पड़ोसी

1	नाम	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>
		निवास	मोबाइल	कार्य

2	नाम	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>
		निवास	मोबाइल	कार्य

3	नाम	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>
		निवास	मोबाइल	कार्य

4	नाम	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>
		निवास	मोबाइल	कार्य

5	नाम	<input type="text"/>		
	पता	<input type="text"/>		
	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	पोस्टकोड <input type="text"/>
		निवास	मोबाइल	कार्य

अन्य संपक

जनोपयोगी सेवा प्रदान कता

बिजली	<input type="text"/>	फ़ोन	<input type="text"/>
प्राकृतिक गैस	<input type="text"/>	फ़ोन	<input type="text"/>
पानी/मल-जल	ActewAGL वॉटर एण्ड वेस्टवॉटर एमर्जेंसी	फ़ोन	131 193
तूफ़ान जल	ए सी टी डिपार्ट्मन्ट ऑव टेरिटोरी एण्ड म्यूनिसपल सर्विसेस	फ़ोन	132 281

कारीगर

नलकार	<input type="text"/>		
टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	मोबाइल	<input type="text"/>
बिजली मिस्त्री	<input type="text"/>		
टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	मोबाइल	<input type="text"/>

बीमा

घर और सामान	<input type="text"/>		
टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	फैक्स	<input type="text"/>
चिकित्सा	<input type="text"/>		
टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	फैक्स	<input type="text"/>
मोटर वाहन	<input type="text"/>		
टेलीफ़ोन	<input type="text"/>	फैक्स	<input type="text"/>

अन्य

<input type="text"/>	फ़ोन	<input type="text"/>
<input type="text"/>	फ़ोन	<input type="text"/>
<input type="text"/>	फ़ोन	<input type="text"/>

आपकी चिकित्सा संबंधी जानकारी

व्यक्ति 1

नाम	<input type="text"/>						
जन्म तिथि	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> रक्त प्रकार <input type="text"/>						
चिकित्सीय ऐलर्जियाँ	<input type="text"/>						
डॉक्टर	<input type="text"/>	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>				
दंत चिकित्सक	<input type="text"/>	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>				
औषधालय	<input type="text"/>	टेलीफ़ोन	<input type="text"/>				
चश्मा/कॉन्टेक्ट लेन्स?	<input type="checkbox"/>	नकली दाँत?	<input type="checkbox"/>	मधुमेह रोगी?	<input type="checkbox"/>	मिर्गी रोगी?	<input type="checkbox"/>
चिकित्सीय अवस्था	<input type="text"/>						
दवा का प्रयोग	<input type="text"/>	दवा की खुराक	<input type="text"/>				
चिकित्सीय अवस्था	<input type="text"/>						
दवा का प्रयोग	<input type="text"/>	दवा की खुराक	<input type="text"/>				
चिकित्सीय अवस्था	<input type="text"/>						
दवा का प्रयोग	<input type="text"/>	दवा की खुराक	<input type="text"/>				
चिकित्सीय अवस्था	<input type="text"/>						
दवा का प्रयोग	<input type="text"/>	दवा की खुराक	<input type="text"/>				
चिकित्सीय अवस्था	<input type="text"/>						
दवा का प्रयोग	<input type="text"/>	दवा की खुराक	<input type="text"/>				

आपकी चिकित्सा संबंधी जानकारी

व्यक्ति 2

नाम

जन्म तिथि

 / /

रक्त प्रकार

चिकित्सीय ऐलर्जियाँ

डॉक्टर

टेलीफ़ोन

दंत चिकित्सक

टेलीफ़ोन

औषधालय

टेलीफ़ोन

चश्मा/कॉन्टेक्ट लेन्स?

नकली दाँत?

मधुमेह रोगी?

मिर्गी रोगी?

चिकित्सीय
अवस्था

दवा का प्रयोग

दवा की
खुराक

चिकित्सीय
अवस्था

दवा का प्रयोग

दवा की
खुराक

चिकित्सीय
अवस्था

दवा का प्रयोग

दवा की
खुराक

चिकित्सीय
अवस्था

दवा का प्रयोग

दवा की
खुराक

चिकित्सीय
अवस्था

दवा का प्रयोग

दवा की
खुराक