

Narrative of Changes Table

The purpose of the Narrative of Changes Table is to demonstrate changes to a collection since the previous approval.

Collection Title: Disaster Assistance Registration

OMB Control No.: 1660 – 0002

Current Expiration Date: 8/31/2022

Collection Instrument(s):

FEMA Form 009-0-2Int (Spanish) Internet, Disaster Assistance Registration

Location	Current version	Proposed Revision	Justification
<p>Language Needs/Preferences screen (new screen immediately following Personal Information screen)</p>	<p>N/A</p>	<p>¿Tiene usted una discapacidad o necesidad para comunicarse que requiera un acomodo para interactuar con el personal de FEMA y/o para acceder los programas de FEMA? Si No</p> <p><i>(If Si)</i> ¿Qué usted necesita? (por favor seleccione todos las que apliquen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Traducción en Tiempo-real para el Acceso a la Comunicación (CART, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Mensajes de Texto para comunicarse <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Documento en letras grandes <input type="checkbox"/> Asistencia Cara a Cara (lector o escritor) <input type="checkbox"/> Acceso para silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro idioma diferente al inglés <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Español – Español <input type="radio"/> Árabe – العربية <input type="radio"/> Haitiano – Kreyòl 	<p>Accommodation question added to capture applicants with disabilities or people with limited English proficiency who may self-identify and need additional assistance accessing FEMA programs</p>

		<p>Ayisyen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ruso – Русский <input type="radio"/> Vietnamita – Tiếng Việt <input type="radio"/> Samoano – Sāmoa <input type="radio"/> Mandarín – 中文 <input type="radio"/> Otro (<i>If selected, Escriba su Idioma de Preferencia box generates</i>) <p><input type="checkbox"/> Otro (<i>If selected, entry box generates</i>)</p>	
Language Needs/Preferences screen Help Text	N/A	<p>ASISTENCIA EN ACOMODO/ACCESO Asistencia o acomodo puede incluir, pero no se limita a, interprete de lenguaje de señas, Braille, documento en letras grandes, formato electrónico accesible, o materiales en un idioma diferente al inglés.</p> <p>Los programas de FEMA pueden incluir, pero no se limitan a, inspeccionar su hogar, reuniones con la comunidad, acceso a los Centro de Recuperación por Desastre, o acceso a una vivienda temporera (si es elegible).</p>	Help text added so applicant can better understand what is meant by “accommodation” and “FEMA Programs” if necessary.
Other Needs screen (new screen immediately following Language Needs/Preferences screen)	N/A	<p>¿Usted o alguien en su hogar tiene una discapacidad que afecte su habilidad para realizar actividades del diario vivir o requiere un dispositivo de asistencia? (NOTA: Un dispositivo de asistencia puede incluir un sillón de ruedas, andador, bastón, aparato auditivo, dispositivo de comunicación, animal de servicio, asistente de cuidado personal, oxígeno, diálisis, etc.) Si No</p> <p>(If Si)</p>	Disability-related needs questions combined into one screen and relocated closer to the beginning of the RI script. Response options updated to provide clarity/more inclusive options.

		<p>Por favor seleccione entre las siguientes opciones la discapacidad que afectan su habilidad para realizar las actividades del diario vivir (por favor seleccione todas las que apliquen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental <input type="checkbox"/> Escuchar o Hablar <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Vida Independiente <input type="checkbox"/> Otro (<i>If selected, entry box generates</i>) <input type="checkbox"/> Prefiere No Contestar <p>¿Usted tenía algún dispositivo de asistencia relacionado con la discapacidad o algún equipo/ suministro/ servicio de apoyo requerido medicamente que se dañó, destruyó, perdió, o se interrumpió debido al desastre? Si No</p> <p><i>(If Si)</i> ¿Qué fue lo que se dañó, se destruyó, se perdió o se interrumpió debido al desastre? (por favor seleccione todas las que apliquen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual o eléctrica <input type="checkbox"/> Scooter <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Oxígeno o equipo respiratorio <input type="checkbox"/> Equipo médico que depende de la electricidad <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia tecnológica para escuchar o ver, como un aparato auditivo, programa para agrandar la pantalla, etc. <input type="checkbox"/> Dispositivos para el cuidado 	
--	--	--	--

		<p>personal como asiento para la ducha, silla con inodoro, grúa de traslado, o sillón elevador</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dispositivo de control o alerta ambiental <input type="checkbox"/> Van o vehículo adaptable <input type="checkbox"/> Andador, bastón, o muletas <input type="checkbox"/> Medicamentos o suministros médicos, incluyendo pañales y catéteres para adultos <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia personal/cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Otro (<i>If selected, entry box generates</i>) 	
<p>Disaster Related Losses Screen</p>	<p>¿Tuvo usted algunas de las siguientes pérdidas causada por el desastre?</p> <p>¿Está hogar está dañado? Si No Desconocido</p> <p>Sin incluir los automóviles, ¿fue alguna de su propiedad personal dañada? Si No Desconocido</p> <p>¿Causó el desastre que usted no tuviese las utilidades esenciales por 5 días o más? Si No</p> <p>¿Están todos los automóviles es su hogar dañados y no pueden guiarse? Si No</p> <p>¿Tiene usted gastos nuevos o adicionales en el cuidado de niños debido al desastre?</p>	<p>¿Tuvo usted algunas de las siguientes pérdidas causada por el desastre?</p> <p>¿Está hogar está dañado? Si No Desconocido</p> <p>Sin incluir los automóviles, ¿fue alguna de su propiedad personal dañada? Si No Desconocido</p> <p>¿Causó el desastre que usted no tuviese las utilidades esenciales por 5 días o más? Si No</p> <p>¿Están todos los automóviles es su hogar dañados y no pueden guiarse? Si No</p> <p>¿Tiene usted gastos nuevos o adicionales en el cuidado de niños debido al desastre? Si No</p>	<p>Removed disability-related question from this screen to combine into one screen.</p>

	<p>Si No</p> <p>¿Tiene usted o alguna otra persona en su hogar algún tipo de equipo para asistirlo en su movilidad tal como silla de ruedas, caminador, bastón, audífono, animal de servicio, cuidador personal o cualquier tipo de equipo o necesidad médica para efectuar sus tareas diarias?</p> <p>Si No</p>		
<p>Special Needs General Categories Screen</p>	<p>Declaró que usted o un miembro de su hogar tenía una discapacidad o usa un dispositivo para ayudar con las actividades de la vida diaria o utiliza los servicios para ayudar con la vida diaria. Por favor, elija entre los siguientes:</p> <p>Movilidad: Si No</p> <p>Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental: Si No</p> <p>Auditivo o del Hablar: Si No</p> <p>Visión: Si No</p> <p>Otro Si No</p>	Remove screen	Screen removed to combine disability-related needs questions into one screen
<p>Special Needs Specific Categories Screen</p>	<p>Basándose en las categorías generales de discapacidad que eligió, seleccione de la lista de categorías específicas relacionadas con</p>	Remove screen	Screen removed to combine disability-related needs questions into one screen

	<p>aquellas discapacidades.</p> <p>Movilidad Silla de Ruedas Andador Bastón Cargador Silla de Baño Cuidado de Asistente Personal</p> <p>Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental Cuidado de Asistente Personal Otro (escriba la información)</p> <p>Auditivo o del Hablar Audífono Intérprete en Lenguaje de Señas TDD/TTY Mensaje de Texto y otro tipo de equipo para comunicación</p> <p>Visión Espejuelos o Lentes Bastón Perro guía para no videntes Braille u otro dispositivo que facilite la comunicación Amplificador</p> <p>Otro (escriba la información)</p>		
--	--	--	--