**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 |
| **Language Needs/Preferences screen** (new screen immediately following **Personal Information** screen) | N/A | **¿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 *(If Si)***¿Qué usted necesita? (por favor seleccione todos las que apliquen)*** Interprete de lenguaje de señas
* Traducción en Tiempo-real para el Acceso a la Comunicación (CART, por sus siglas en inglés)
* Mensajes de Texto para comunicarse
* Dispositivo de asistencia auditiva
* Braille
* Documento en letras grandes
* Asistencia Cara a Cara (lector o escritor)
* Acceso para silla de ruedas
* Otro idioma diferente al inglés
	+ Español – Español
	+ Árabe – العربية
	+ Haitiano – Kreyòl Ayisyen
	+ Ruso – Русский
	+ Vietnamita – Tiếng Việt
	+ Samoano – **Sāmoa**
	+ Mandarín – 中文
	+ Otro *(If selected, Escriba su Idioma de Preferencia box generates)*
* Otro *(If selected, entry box generates)*
 | 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 |
| **Language Needs/Preferences screen Help Text** | N/A | **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. 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).  | 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 | **¿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, oxigeno, diálisis, etc.)** Si No*(If Si)* **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):*** Movilidad
* Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental
* Escuchar o Hablar
* Visión
* Autocuidado
* Vida Independiente
* Otro *(If selected, entry box generates)*
* Prefiere No Contestar

**¿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*(If Si)* **¿Qué fue lo que se dañó, se destruyó, se perdió o se interrumpió debido al desastre? (por favor seleccione todas las que apliquen)*** Silla de ruedas manual o eléctrica
* Scooter
* Prótesis
* Oxígeno o equipo respiratorio
* Equipo médico que depende de la electricidad
* Dispositivo de asistencia tecnológica para escuchar o ver, como un aparato auditivo, programa para agrandar la pantalla, etc.
* Dispositivos para el cuidado personal como asiento para la ducha, silla con inodoro, grúa de traslado, o sillón elevador
* Dispositivo de control o alerta ambiental
* Van o vehículo adaptable
* Andador, bastón, o muletas
* Medicamentos o suministros médicos, incluyendo pañales y catéteres para adultos
* Animal de servicio
* Servicio de asistencia personal/cuidado en el hogar
* Diálisis
* Otro *(If selected, entry box generates)*
 | 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. |
| **Disaster Related Losses Screen** | **¿Tuvo usted algunas de las siguientes perdidas causada por el desastre?** **¿Está hogar está dañado?**Si No Desconocido**Sin incluir los automóviles, ¿fue alguna de su propiedad personal dañada?**Si No Desconocido**¿Causó el desastre que usted no tuviese las utilidades esenciales por 5 días o más?**Si No**¿Están todos los automóviles es su hogar dañados y no pueden guiarse?** Si No**¿Tiene usted gastos nuevos o adicionales en el cuido de niños debido al desastre?**Si No**¿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?**Si No | **¿Tuvo usted algunas de las siguientes perdidas causada por el desastre?** **¿Está hogar está dañado?**Si No Desconocido**Sin incluir los automóviles, ¿fue alguna de su propiedad personal dañada?**Si No Desconocido**¿Causó el desastre que usted no tuviese las utilidades esenciales por 5 días o más?**Si No**¿Están todos los automóviles es su hogar dañados y no pueden guiarse?** Si No**¿Tiene usted gastos nuevos o adicionales en el cuido de niños debido al desastre?**Si No | Removed disability-related question from this screen to combine into one screen.  |
| **Special Needs General Categories Screen** | **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:** **Movilidad:**Si No**Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental:**Si No**Auditivo o del Hablar:**Si No**Visión:**Si No**Otro**Si No | Remove screen | Screen removed to combine disability-related needs questions into one screen |
| **Special Needs Specific Categories Screen** | **Basándose en las categorías generales de discapacidad que eligió, seleccione de la lista de categorías específicas relacionadas con aquellas discapacidades.****Movilidad**Silla de RuedasAndadorBastónCargadorSilla de BañoCuidado de Asistente Personal**Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental**Cuidado de Asistente Personal Otro (escriba la información)**Auditivo o del Hablar**AudífonoIntérprete en Lenguaje de Señas TDD/TTYMensaje de Texto y otro tipo de equipo para comunicación **Visión**Espejuelos o Lentes BastónPerro guía para no videntes Braille u otro dispositivo que facilite la comunicación Amplificador**Otro** *(escriba la información)* | Remove screen | Screen removed to combine disability-related needs questions into one screen |