**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 Ruedas Andador Bastón Cargador Silla de Baño Cuidado de Asistente Personal  **Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental** Cuidado de Asistente Personal  Otro (escriba la información)  **Auditivo o del Hablar**  Audífono  Intérprete en Lenguaje de Señas  TDD/TTY  Mensaje de Texto y otro tipo de equipo para comunicación  **Visión**  Espejuelos o Lentes  Bastón  Perro 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 |