



Service Acknowledgment Form

Home Address		
Address *	Apt / Unit # * (Mark "NA" if Not Applicable)	
City *	State *	Zip * _____
Services Provided		
# of new 10-year smoke alarms installed and tested? *	Did the resident(s) create a fire escape plan? *	Yes / No
# of new 9-volt smoke alarms installed and tested? *	Did the resident(s) review the Home Fire Safety Checklist? *	Yes / No
# of new bedside alarms installed and tested for people who are deaf or hard of hearing? *	Did the resident(s) learn about a local hazard? *	Yes / No
# of batteries replaced? *	If yes, what hazard?	

I am a resident of the home located at the address found above. I acknowledge that today I received the services indicated in the Services Provided section. I have also received instruction in the proper use and maintenance of smoke alarms. I understand that smoke alarm(s) make a sound to warn persons in my home in the event of a fire, but that smoke alarms work only if they have been properly maintained. It is my responsibility to maintain the smoke alarm(s) in my home per the manufacturer's recommendations and to test my smoke alarms monthly. It is also my responsibility to make sure that I have the appropriate number of smoke alarms in my home and that the smoke alarms are in appropriate locations. The American Red Cross and its partners are not responsible for determining the appropriate number or placement of smoke alarms.

Your signature indicates that you have read the information above and that you agree with its content.

Resident's Printed Name *

Red Cross/ Partner Printed Name *

Resident's Signature *

Red Cross/ Partner Signature *

Date: ____/____/____ *

Date: ____/____/____ *

Initial Assessment Upon Visit	
How many people live here? *	How many pre-existing smoke alarms does the household already have?
How many youth ages 17 and under live here?	How many pre-existing smoke alarms are working?
How many adults ages 65 and older live here?	Is a bedside alarm needed for people who are deaf or hard of hearing? * Yes / No
How many individuals with a disability, or an access or functional need live here?	Additional Notes:

Optional Reporting Fields	
Optional 1.	Optional 2.
National Coalition Org(s)	Local Coalition Org(s)

Information for Future Follow-up	
Did the client provide contact info? * Yes / No	Email Address
Cell Phone Number	Other Phone Number

Administrative Section	
Has this record been entered into the online portal? Yes <input type="checkbox"/>	
If data has been entered into the online portal, what date was it submitted? ____/____/____	

Formulario de reconocimiento de servicio

Dirección particular		
Dirección *	Dpto./Unidad n.º * (Marque "NA" si no corresponde)	
Ciudad *	Estado *	Código Postal * _ _ _ _ _
Servicios prestados		
¿Cantidad de nuevos detectores de humo que duran 10 años instalados y probados? *	¿El residente a creó un plan de escape? *	Sí / No
¿Cantidad de nuevos detectores de humo de 9 voltios instalados y probados? *	¿Revisó el residente la Lista de verificación de seguridad contra incendios del hogar? *	Sí / No
¿Cantidad de nuevas alarmas de cabecera para personas sordas o con problemas auditivos instaladas y probadas? *	¿Se enteró el residente de un peligro local? *	Sí / No
¿Cantidad de baterías reemplazadas? *	En caso afirmativo, ¿qué tipo de peligro?	

Soy residente de la casa ubicada en la dirección que se encuentra arriba. Reconozco que hoy he recibido los servicios indicados en la sección de Servicios prestados. He recibido instrucciones en lo referente al uso y mantenimiento correcto de los detectores de humo. Entiendo que los detectores de humo emiten sonidos para advertir a las personas en mi hogar en caso de incendio, pero que solo funcionarán si tienen el mantenimiento adecuado. Es mi responsabilidad mantener los detectores de humo de mi hogar según las recomendaciones del fabricante, así como también realizarles pruebas mensuales. Es también mi responsabilidad asegurarme de poseer una cantidad adecuada de detectores de humo en mi hogar y que estos se encuentren correctamente ubicados. La Cruz Roja Americana y sus socios no son responsables de determinar la cantidad y ubicación adecuada de los detectores de humo.

Su firma indica que usted ha leído la información anterior y que está de acuerdo con su contenido.

Nombre del residente en letra de imprenta *	Cruz Roja/Nombre del socio en imprenta *
Firma del residente *	Cruz Roja/Firma del socio *
Fecha: ___/___/_____ *	Fecha: ___/___/_____ *

Evaluación inicial de la visita	
¿Cuántas personas habitan el lugar? *	¿Cuántas alarmas pre-existentes tiene el grupo familiar?
¿Cuántos jóvenes de 17 años o menos viven aquí?	¿Cuántas alarmas de humo pre-existentes funcionan?
¿Cuántos adultos de 65 años o más viven aquí?	¿Se necesita una alarma de cabecera para personas sordas o con problemas auditivos? Sí / No
¿Cuántas personas con discapacidad o necesidad de acceso o funcional viven aquí?	Notas adicionales:
Campos opcionales de información	
Opcional 1.	Opcional 2.
Organizaciones de Coalición Nacional	Organizaciones de Coalición Local
Información para seguimientos futuros	
¿Ofreció el cliente información de contacto? * Sí / No	Dirección de correo electrónico
Número de teléfono celular	Número de teléfono alternativo
Sección administrativa	
¿Se ha ingresado este registro en el portal en línea? Sí <input type="checkbox"/>	
Si se han introducido datos en el portal en línea, ¿en qué fecha se presentaron? ___/___/_____	