



Service Acknowledgment Form

Home Address		
Address *	Apt / Unit # *	Mark "NA" if Not Applicable
City *	State *	Zip * _____
Services Provided		
# of 10-year smoke alarms installed and tested? *	Did the resident(s) create a fire escape plan? * Yes / No	
# of 9-volt smoke alarms installed and tested? *	Did the resident(s) review the Home Fire Safety Checklist? * Yes / No	
# of 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 at the address above. Today, I received the services indicated on this form. I also received instructions about how to use and maintain smoke alarms. It is my responsibility to maintain the smoke alarm(s) per the manufacturer's recommendations and to test the alarm(s) monthly. It is also my responsibility to make sure I have the appropriate type of smoke alarms in my home. Different types of alarms, ionization and photoelectric, detect fires differently and experts recommend having both types. It is additionally my responsibility to make sure that I have the appropriate number of smoke alarms and that the alarms are in appropriate locations. Furthermore, the American Red Cross and its partners are not responsible for determining the appropriate type, number or location 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:
How many veterans, military members, or military family members live here?	
Optional Reporting Fields	
National Coalition Org(s)	Local Coalition Org(s)
Optional 1.	Optional 2.
Information for Future Follow-up	
Did the client provide contact info? * Yes / No	Email Address
Cell Phone Number	Other Phone Number

Administrative Section: Complete Section Below after Record is Entered into the Online Reporting Portal	
Who entered the record into the online reporting portal?	
What date was record submitted into the online reporting portal? ____/____/____	

Dirección del domicilio		
Dirección *	Apt / Uni # *	Marque "ND" si no aplica
Ciudad *	Estado *	Código postal * _____
Servicios proporcionados		
¿# de detectores de humo de 10 años instalados y probados? *	¿El/los residente/s creó/crearon un plan de escape en caso de incendio? * Sí / No	
¿# de detectores de humo de 9 volts instalados y probados? *	¿El/los residente/s revisó/revisaron la Lista de comprobación de seguridad contra incendios en el hogar? * Sí / No	
¿# de detectores de cabecera para personas sordas o con problemas de audición instalados y probados? *	¿El/los residente/s tuvo/tuvieron conocimiento de un peligro local? * Sí / No	
¿# de baterías reemplazadas? *	En caso afirmativo, ¿qué peligro?	

Soy un residente de la vivienda cuya dirección se indica arriba. Hoy recibí los servicios indicados en este formulario. También he recibido instrucciones sobre cómo utilizar y mantener los detectores de humo. Es mi responsabilidad mantener el/los detector/es de humo según las recomendaciones del fabricante y probar el/los detector/es mensualmente. También es mi responsabilidad asegurarme de que tenga el tipo adecuado de detectores de humo en mi casa. Los diferentes tipos de detectores, de ionización y fotoeléctricos, detectan los incendios de manera diferente y los expertos recomiendan contar con ambos tipos. Además, es mi responsabilidad asegurarme de que cuente con el número apropiado de detectores de humo y que los detectores estén en las ubicaciones apropiadas. Además, ni la Cruz Roja Americana ni sus asociados son responsables de determinar el tipo, número o ubicación apropiados de los detectores de humo.

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

Nombre en imprenta del residente *

Nombre en imprenta de Cruz Roja/Asociado *

Firma del residente *

Firma Cruz Roja/Asociado *

Fecha: ____/____/____ *

Fecha: ____/____/____ *

Evaluación inicial en la visita	
¿Cuántas personas viven aquí? *	¿Con cuántas alarmas de humo ya cuenta la vivienda?
¿Cuántos jóvenes menores de 17 años viven aquí?	¿Cuántos detectores de humo existentes están funcionando?
¿Cuántos adultos mayores de 65 años de edad viven aquí?	¿Se necesita un detector de cabecera para personas sordas o con deficiencia auditiva? * Sí / No
¿Cuántas personas con discapacidad o con necesidades funcionales o de acceso viven aquí?	Notas adicionales:
¿Cuántos veteranos, militares o familiares de militares viven aquí?	
Campos de informes opcionales	
Organización/es de Coalición Nacional	Organización/es de Coalición local
Opcional 1.	Opcional 2.
Información para seguimiento futuro	
¿La persona proporcionó su información de contacto? * Sí / No	Dirección de correo electrónico
Número de teléfono celular	Otro número de teléfono

Sección administrativa: Complete la sección a continuación después de completar el registro en el portal de informes en línea

¿Quién completó el registro en el portal de informes en línea?

¿En qué fecha se envió el registro al portal de informes en línea? ____/____/____