

**Do you have an immediate family member you have been unable to contact because of the disaster?**

The American Red Cross Disaster Welfare Information function can assist you. We will be happy to contact your relative and pass a brief message to them concerning your health and welfare following this disaster.

Please complete the information requested below, sign the form permitting us to contact your relative, and return it to the Red Cross worker with whom you are meeting.

Thank you and we look forward to reconnecting you with your family.

**Client Information**

Name		Date	
Pre-Disaster Address			
Post-Disaster Address			
Pre-Disaster Phone		Post-Disaster Phone	

**Family Contact Information**

Name		Relationship to You	
Address			
Phone		E-mail	
Your Short Message:			

**Client Release to Contact Family**

I authorize the American Red Cross to contact the designated family member to relay the above, informing them of my current health and welfare. I  do/  do not grant permission for the above designated family member to notify other family members.

**Signature of Client** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Printed Name of Client** \_\_\_\_\_

**Name of Red Cross Worker** \_\_\_\_\_ **Function** \_\_\_\_\_

**¿Tiene Usted un miembro de la familia inmediata con cual no ha tenido contacto desde que ocurrió el desastre?**

La función de Bienestar de La Familia de la Cruz Roja Americana le puede ayudar. Estamos preparados a establecer contacto con su familia y darle un mensaje breve con noticias sobre su bienestar después del desastre.

Favor de completar el formulario, firmelo para damos autorización para establecer la comunicación con su familia y devuélvalo al representante de la Cruz Roja con que listed esta trabajando.

Muchas gracias y esperamos teller el placer de restablecer la comunicación con su familia.

**Información del Cliente**

Nombre			Fecha	
Dirección Antes Desastre				
Dirección Después Desastre				
Teléfono Antes Desastre		Teléfono Después del Desastre		

**Información De La Familia**

Nombre			Relación	
Dirección				
Teléfono		E-mail		
Mensaje Breve:				

**Autorización Para Establecer Contacto Con La Familia**

Par media del presente autorizo a la Cruz Roja American comunicarse con la persona designada de mi familia con el mensaje detallado arriba, dándoles información sabré mi bienestar. Yo doy [ ] / no doy [ ] autorización que la persona designada notifique a otros de la familia.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma con letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante:** \_\_\_\_\_

**Función:** \_\_\_\_\_

**Cruz Roja Americana**