

社區照看所或老年人護理居所申請表

(請參閱下一頁指示)

FOR DEPARTMENT USE ONLY		REPLY TO:	
DISTRICT: _____			
COUNTY: _____	FACILITY NUMBER: _____		
DATE: _____	ACTION TYPE: _____		
REVIEWED BY: _____	FACILITY TYPE: _____		
1. 申請人姓名 (請書寫) _____ _____		2. 請求的行動 (請選一項): <input type="checkbox"/> A. 新申請表 <input type="checkbox"/> B. 容納人數改變 <input type="checkbox"/> C. 更改地點 <input type="checkbox"/> D. 更改設施的類型 <input type="checkbox"/> E. 更改 AMB /非 AMB 臥床不起狀態 <input type="checkbox"/> F. 公司內部變動 <input type="checkbox"/> G. 其它 (詳細說明)	
3. 申請人地址	市	州	郵遞區號 區域號碼 / 電話號碼 ()
4. 機構或設施的類型 <input type="checkbox"/> 成年人居所 <input type="checkbox"/> 寄養家庭機構 <input type="checkbox"/> 成人日間班 <input type="checkbox"/> 過渡房屋安置計劃 <input type="checkbox"/> 社會康復設施 <input type="checkbox"/> 收養機構 <input type="checkbox"/> 兒童之家 <input type="checkbox"/> 危機托兒所 <input type="checkbox"/> 居所 - 老年人 <input type="checkbox"/> 住宿設施-長期病患者 <input type="checkbox"/> 小家庭房屋 <input type="checkbox"/> 其它 (詳細說明)			
5. 申請表由誰人提交:		A. 個人	B. 合夥人
		D. 利潤有限公司	E. 郡政府
		C. 非利潤有限公司	F. 其它公共機構
		G. 有限責任公司	
6. 設施或機構名稱		電郵地址 (非必要)	
		區域號碼 / 電話號碼 ()	
7. 設施地址	市	州	郵遞區號 可替代的電話號碼 ()
8. 設施郵寄地址	市	州	郵遞區號
9. 設施管理員或負責人	頭銜		
10. 請求的總容納人數	10A. 多少巡迴流動數目 (如有的話)	10B. 睇於床無法轉動或改變床上位置的數目 (如有的話)	
11. 兒童設施專用: 嬰兒的人數 (年齡從 0到2) _____ 兒童 (3歲至17) _____			
12. 營業時間:	13. 物業擁有權: <input type="checkbox"/> 自己的 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 其它 (詳細說明)		
13A. 業主的姓名, 地址和電話號碼, 出租或租賃:			
14. 設施以前領有牌照的? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 設施名稱和號碼:		牌照機構名稱:
15. 需要重大的建築? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	建築開始日期: 完成日期: _____	16. 食用水源 <input type="checkbox"/> 公共 <input type="checkbox"/> 公私人	
17. 在下面填寫任何以前或目前營運的護理居所或醫療衛生保健機構。請參考指示。 設施名稱和號碼			
A. _____		牌照機構名稱	
B. _____			
18. 申請人/持牌人的責任:			
A. 除了從遵守與健康和安全法規及法規許可和消防安全, 我/我們明白可能有其他州, 聯邦和/或當地法律, 這是本機構不執行的, 這可能需要氣象, 如: 區域, 建築, 衛生和勞工的需求。			
B. 在發放本人/我們的牌照之前, 本人/我們已閱讀並了解其中涉及到本人/我們的牌照類別章程和規則。			
C. 本人/我們將確保所有人員在就業, 居住或初進駐該設施之前除要求指紋驗證外, 亦應需要司法部的審查或犯罪記錄的豁免。			
D. 如果我/我們經營提供照顧及監管兒童的設施。本人/我們將確保對每個要求指紋驗證的人, 根據必要條件, 一份虐兒指數核實單提交到司法部。			
E. 在進行更改任何影響牌照條款之前, 本人/我們須從牌照機構取得批准。			
19. 本人/我們明白本人/我們對任何此申請表的決定有上訴的權利。			
20. 本人/我們聲明, 在偽證施行懲罰下, 此申請表並在附帶的文件是我/我們所知真實無誤的。			
21. 本人/我們獲上述申請人的授權代表簽署此申請表。			
簽署人 _____	頭銜 _____	簽署所在的郡 _____	日期 _____
簽署人 _____	頭銜 _____	簽署所在的郡 _____	日期 _____

設施牌照申請表指示

請清楚輸入或書寫。替申請表準備一份副本。退回正本並保留副本作為記錄。連同此申請表, 附上一份所有被要求的表格和文件副本, 並包括所有如下述的文件。

1. 申請人: 填寫申請人姓名或設施的合法負責機構。填寫全名。填寫個別申請人名字, 中間名和姓。如果聯合申請, 所有申請者必須簽署此申請表。個人, 每一個合夥人及行政總裁或一個企業, 協會, 企業, 縣, 市, 公共機構或政府單位的授權代表必須填寫申請人資料 (LIC 215)。公司和其它機構也須填寫行政組織 (LIC 309)。
2. 請求行動: 勾劃適當的方格。
3. 申請人郵寄地址: 填寫個人合法的郵寄地址和公司總部的郵件地址。主要的合作夥伴填寫主要業務的郵寄地址。其他合夥人在(LIC 215)填寫主要業務郵寄地址。填寫區號和電話號碼。
4. 機構或設施類型: 在加州則章法典所界定的法規之下, 請在適當的方格勾劃設施的類型。Title 22。如果不知道, 填寫在“其他“空格中標明用來識別這種設施的名稱。
5. 申請表由誰人提交: 勾劃適當的方格。
6. 設施或機構名稱: 填寫申請表唯一指定的設施名稱。如果是一個機構, 填寫提供服務的機構名稱。
7. 設施地址: 填寫設施的位置。如申請人有一個以上的設施, 每一個設施必須填寫一份申請表。填寫區號和電話號碼。
8. 設施郵寄地址: 填寫該設施部門/牌照機構所有郵件應被發送的地址。
9. 行政人員或設施的負責人: 填寫姓名和直接監督設施的人的頭銜。如果尚未就業請填寫“未知“。
10. 請求的總容納人數: 填寫在任何24小時期間將提供護理的總人數。
- 10A. 如果適用, 填寫可用於巡迴流動病床, 無法獨自轉動但並不需要獲得援助和改變床上位置的病床數目。
- 10B. 如果適用, 填寫可用於臥病, 無法獨自轉動或改變床上位置的病床數目。
11. 兒童設施專用: 兒童住宿設施的申請人填寫將會提供嬰兒和兒童護理的數目。
12. 日期和營業時間: 填寫日期和設施的營業時間。
13. 物業擁有權: 請勾劃適當的方格。
 - 13a. 物業控制: 如果申請人是租賃或出租, 填寫業主的名稱, 地址和設施的電話號碼。
14. 設施以前是領有牌照的?: 在方格勾劃 YES 或 NO。如果是的話, 填寫設施名稱, 編號和頒發牌照機構的名稱。
15. 需要重大建築工程?: 填寫設施是否將建築或需要進行重大的結構性改善。如果是的話, 填寫開始建築和將完成的日期。
16. 供人食用水源?: 勾劃公共或私人的水源。
17. 其他設施: 健康和安法則第1520 (d) 項, 1568.04 (b) 和1569.15 (d) 要求申請人以行政人員, 普通合夥人, 公司人員或董事或或作為一個人曾持有或持有的實益擁有百分之十或以上的任何社區照顧, 長期病患者的住宿照顧設施, 照顧老人的住宿設施, 或保健設施的身份透露以前或現在的服務。(額外的設施請另附紙張)。
- 18., 19, and 20. 申請人聲明/持牌人有責任遵守所有適用的法律和法規。
21. 所有申請人或授權人士簽名 (即普通合夥人及行政總裁或所有的企業, 公共機構正式授權代表等)。