

# REPORTE DEL PERSONAL

**INSTRUCCIONES:** *El propósito de este formulario es mantener un registro actual de todos los miembros del personal en el establecimiento y de otros adultos y personas con licencia que estén viviendo en el establecimiento, incluyendo a las personas alternas, voluntarios, y la persona con licencia si es el administrador/director. Indique el número de licencia/certificado si es pertinente en relación a los empleados especializados (por ejemplo, trabajadores sociales y otros consejeros). Indique las horas que se trabajan durante las veinticuatro horas de supervisión en los establecimientos residenciales. Reporte cualquier cambio de empleados a la oficina de licenciamiento, como lo requieren los ordenamientos. Envíe el original a la oficina de licenciamiento y guarde una copia en el expediente del establecimiento.*

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CLASE DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO
PREPARADO POR		FECHA

**A. EMPLEADOS QUE ESTAN SUJETOS A UNA REVISION DE ANTECEDENTES PENALES:** Los siguientes empleados están sujetos a una revisión de antecedentes penales de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad. Antes de emplear a alguien, o antes de su presencia inicial o de su residencia en un establecimiento, se obtendrá una aprobación o una exención de California en relación a los antecedentes penales.

NOMBRE	FECHA EN QUE FUE EMPLEADO(A)	TITULO DEL PUESTO	ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO		
			DIAS	DE	A	DIAS	DE	A	DIAS	DE	A
Persona con licencia/administrador											

**B. EMPLEADOS EXENTOS DE LOS REQUISITOS DE REVISION DE ANTECEDENTES PENALES:** Se cree que las siguientes personas están exentas de los requisitos relacionados con la revisión de antecedentes penales, de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad. La persona con licencia o el representante designado firmará abajo para verificar que él o ella cree que las personas indicadas están exentas de los requisitos relacionados con la revisión de antecedentes penales, de acuerdo con los estatutos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NOMBRE	FECHA EN QUE FUE EMPLEADO(A)	TITULO DEL PUESTO	ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO		
			DIAS	DE	A	DIAS	DE	A	DIAS	DE	A