

**PLAN ALTERNATIVO DOCUMENTADO
HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL
(TELÉFONOS)**



SOLICITANTE/PROVEEDOR DE CUIDADO
HOGAR DE CRIANZA TEMPORAL

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE EXPEDIENTE DEL HOGAR DE CRIANZA TEMPORAL

Teléfonos (Sección 89373) Discusión del plan alternativo: _____

Firma del
Proveedor de cuidado/Solicitante _____ Fecha _____

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO - NO LLENE NADA ABAJO

- Your request is hereby granted pursuant to the California Code of Regulations, Title 22, Division 6, Chapter 9.5

LIMITATIONS OF ALTERNATIVE PLAN:

- This alternative plan is denied based on the following: _____

Licensing Evaluator Signature/Date

Licensing Supervisor Signature/Date

Licensing Office