

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-108**

DATE

6/8/2004

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE LIC 610 SP (10/03) - Emergency Disaster Plan for Child Care Centers

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 10/03	REPLACES 7/03	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

## DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted  Destroy

## USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse  Use new form effective 10/03

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# PLAN DE EMERGENCIA EN CASO DE DESASTRE PARA GUARDERIAS INFANTILES

## INSTRUCCIONES:

*Coloque una copia de este plan en un lugar visible del establecimiento cerca del teléfono.*

La persona con licencia es responsable de actualizar la información en la manera en que se requiere.

Devuelva una copia a la oficina de licenciamiento.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO			
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (NUMERO, CALLE,		CIUDAD,	ESTADO,	CODIGO POSTAL)	NUMERO DE TELEFONO ( )

### I. TAREAS DURANTE UNA EMERGENCIA (SI NECESITA MAS ESPACIO USE EL LADO REVERSO DE ESTA PAGINA)

NOMBRE DEL EMPLEADO	PUESTO	TAREA
1.		DIRIGIR UNA EVALUACION Y CONTAR EL NUMERO DE PERSONAS
2.		ENCARGARSE DE LOS PRIMEROS AUXILIOS
3.		LLAMAR A LOS NUMEROS DE EMERGENCIA
4.		TRANSPORTE
5.		OTRA (DESCRIBA)
6.		

### II. NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA (ADEMAS DEL 9-1-1)

POLICIA O COMISARIO (SHERIFF)	OFICINA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA
CRUZ ROJA	CONTROL DE ENVENENAMIENTO
HOSPITAL(ES)	OTRA OFICINA / AGENCIA / PERSONA
SERVICIOS PARA LA PROTECCION DE NIÑOS	

### III. LUGARES DONDE SE ENCUENTRAN LAS SALIDAS DEL ESTABLECIMIENTO (USANDO UNA COPIA DEL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999] ANOTE LAS SALIDAS POR NUMERO)

1.	2.
3.	4.

### IV. LUGAR(ES) TEMPORAL(ES) DE REUBICACION (SI ESTA DISPONIBLE, ENTREGUE UNA CARTA DE PERMISO DEL INQUILINO / ARRENDATARIO / GERENTE / DUEÑO DE LA PROPIEDAD)

NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ( )
NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ( )

### V. LUGARES DONDE SE PUEDEN DESCONECTAR LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES (MARQUELOS EN EL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999])

ELECTRICIDAD
AGUA
GAS

### VI. UBICACION DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

### VII. EQUIPO

LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL DETECTOR DE HUMO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL EXTINGUIDOR DE INCENDIOS (SI SE REQUIERE)
TIPO DE APARATO DE ALARMA QUE SUENA EN CASO DE INCENDIO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA ESTE APARATO

### VIII. DECLARACION DE AFIRMACION

COMO ADMINISTRADOR DE ESTE ESTABLECIMIENTO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD RESPECTO A ESTE PLAN PARA PROPORCIONAR SERVICIOS EN CASO DE EMERGENCIA, COMO SE INDICA A CONTINUACION. SEGUN SE REQUIERA, LES DARE INSTRUCCIONES ACERCA DE SUS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES BAJO ESTE PLAN A TODOS LOS CLIENTES/RESIDENTES, DE ACUERDO A SU EDAD Y HABILIDAD, Y A TODOS LOS MIEMBROS DEL PERSONAL Y/O DEL HOGAR.

FIRMA	FECHA
-------	-------