ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Данная форма должна быть заполнена всеми заявителями на получение лицензии на открытие учреждения (напр., всеми частными лицами, всеми партнерами в товариществе, или главными исполнительными директорами или уполномоченными представителями корпорации). Если нужно больше места, приложите дополнительные страницы. Напечатайте или напишите разборчивыми буквами.

ИДЕНТИФИЦИРУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ * (ДОБРОВОЛЬНО, ТОЛЬКО ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ)	ПОЛ (М/Ж)	ВАШ ВОЗРАСТ 18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ?
ДОЛЖНОСТЬ	НОМЕР ВОДИТ. УДОСТОВЕРЕНИЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ☐ Да ☐ Нет	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	
АДРЕС		(КОД РЕГИОНА) ( )	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ДРУГОЕ ИМЯ/ИМЕНА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ЗАЯВИТЕЛЕМ			

ОБРАЗОВАНИЕ

Обведите самый высокий оконченный класс: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ GED ДИПЛОМА

НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ КОЛЛЕДЖА	КУРС ОБУЧЕНИЯ	ОКОНЧЕНО ЛЕТ	УЧЕНАЯ СТЕПЕНЬ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ
		1 2 3 4		
		1 2 3 4		

РЕКОМЕНДАЦИИ

ЛИЧНЫЕ: *(ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ НАСТОЯЩИХ И ПРОШЛЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ,* ***ЗНАКОМЫХ С ВАШИМИ АДМИНИСТРАТИВНЫМИ СПОСОБНОСТЯМИ).***

NAME	АДРЕС	ОТНОШЕНИЯ	ТЕЛЕФОН
1.			
2.			

ФИНАНСОВЫЕ: *(ПОЖАЛУСТА, УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЗНАКОМЫХ С ВАШИМИ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ И МЕТОДАМИ ВЕДЕНИЯ БИЗНЕСА.)*

ИМЯ	АДРЕС	ОТНОШЕНИЯ	ТЕЛЕФОН
1.			
2.			

СТАТУС РАНЕЕ ВЫДАННЫХ ЛИЦЕНЗИЙ

A. ИМЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-ЛИБО ЛИЦЕНЗИЮ, ИЛИ СОВМЕСТНУЮ ЛИЦЕНЗИЮ НА УЧРЕЖДЕНИЕ ПО УХОДУ ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ, УЧРЕЖДЕНИЕ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ДЕТЬМИ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ ПО МЕДИНСКОМУ УХОДУ? ☐ ДА ☐ НЕТ *ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ C И D НИЖЕ.*

B. ЯВЛЯЛИСЬ ЛИ ВЫ КОГДА-ЛИБО ПОЛУЧАЮЩИМ ПРИБЫЛЬ ВЛАДЕЛЬЦЕМ 10% ИЛИ БОЛЕЕ АКЦИЙ УЧРЕЖДЕНИЯ ПО УХОДУ ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ,УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ДЕТЬМИ, ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ УХОДУ, ИЛИ БЫЛИ АДМИНИСТРАТОРОМ, ГЕНЕРАЛЬНЫМ ПАРТНЕРОМ, ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ КОРПОРАЦИИ ИЛИ ДИРЕКТОРОМ ТАКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ? ☐ ДА ☐ НЕТ *ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ C И D НИЖЕ.*

C. ИМЯ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ	ДАТЫ ДЕЙСТВИЯ ВЫДАННЫХ ЛИЦЕНЗИЙ _____ ПО _____	ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ

D. БЫЛИ ЛИ ПРЕДПРИНЯТЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ ВАС?

☐ ДА ☐ НЕТ *Если Да, пожалуйста объясните:*

ДЕЛОВОЙ ОПЫТ

A. ВЫ ВЛАДЕЛИ ИЛИ УПРАВЛЯЛИ КАКИМ-ЛИБО БИЗНЕСОМ? ☐ ДА ☐ НЕТ *ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:*

Тип	Число работников	Ваша должность	Дата начала	Дата окончания	Причина окончания работы

B. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЛИЦЕНЗИИ ИЛИ СЕРТИФИКАТЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ *ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:*

Тип	Период действия лицензии	Агентство, выдавшее лицензию

C. ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ЧЛЕНОМ КАКОЙ-ЛИБО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ/ТЕХНИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ? ☐ ДА ☐ НЕТ *ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:*

Название ассоциации	Адрес

ОПЫТ РАБОТЫ. НАЧНИТЕ С САМОГО ПОСЛЕДНЕГО ОПЫТА РАБОТЫ. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВЕСЬ ОПЫТ И ПЕРИОДЫ БЕЗРАБОТИЦЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ СЕМЬ ЛЕТ, ВКЛЮЧАЯ РАБОЧИЙ ОПЫТ ЗА ПЕРИОД БОЛЕЕ СЕМИ ЛЕТ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО.

Даты	Имя и адрес работодателя	Основные обязанности	Причина увольнения
С			
ДО			
С			
ДО			
С			
ДО			
С			
ДО			
С			
ДО			
С			
ДО			

ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

A. Есть ли у Вас какое-либо физическое, психическое или медицинское состояние, которое может Вам помешать ухаживать за типом клиентов, на которых Вы запросили лицензию?

☐ ДА ☐ НЕТ *Если да, пожалуйста, объясните:*

Я ЗАЯВЛЯЮ ПОД СТРАХОМ СУДЕБНОГО НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО, ЧТО ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ НА ДАННОЙ ФОРМЕ ПРАВИЛЬНА, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО.

ПОДПИСЬ	ОКРУГ, ГДЕ БЫЛА ПОДПИСАНА ФОРМА	ДАТА

* Федеральный закон (at Title 5 United States Code Section 552a Note) гласит, что:
Любое федеральное, штатное или местное государственное агентство, которое требует от частного лица предоставления номера социального страхования, должно проинформировать это лицо, является ли предоставление номера обязательным или необязательным; на основании какого закона или постановления этот номер затребован, и каким образом этот номер будет использован запрашивающим агентством.