

INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

Este formulario tiene que ser completado por todas las personas que soliciten una licencia para un establecimiento (es decir, todos los individuos, cada socio en una sociedad, o el oficial ejecutivo principal o representante autorizado de una corporación). Si se necesita más espacio, adjunte una hoja adicional. Llénelo a máquina o escriba claramente con letra de molde.

INFORMACION QUE CONDUCE A UNA IDENTIFICACION			
NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL * (VOLUNTARIO, SOLO PARA IDENTIFICACION)	SEXO (M/F)	¿TIENE UD. 18 AÑOS DE EDAD O MAS?
TITULO/PUESTO	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	VALIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCION			(AREA) NUMERO DE TELEFONO ()
OTRO NOMBRE (O NOMBRES) QUE HA USADO EL SOLICITANTE			

EDUCACION											
Marque con un círculo el grado más alto que haya completado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12											
NOMBRE Y UBICACION DE LA ESCUELA SECUNDARIA (HIGH SCHOOL)								FECHA EN QUE SE COMPLETO		FECHA DEL GED **	
NOMBRE Y UBICACION DE LA UNIVERSIDAD (COLLEGE)				AREA DE ESTUDIO		AÑOS COMPLETADOS		DIPLOMA/TITULO		FECHA EN QUE SE COMPLETO	
						1 2 3 4					
						1 2 3 4					

REFERENCIAS			
PERSONALES: (POR FAVOR DE REFERENCIAS, INCLUYENDO EMPLEADORES PRESENTES Y ANTERIORES, QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE SU CAPACIDAD ADMINISTRATIVA.)			
NOMBRE	DIRECCION	RELACION	TELEFONO
1.			
2.			
FINANCIERAS: (POR FAVOR DE REFERENCIAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE SUS RECURSOS ECONOMICOS Y SUS PRACTICAS DE NEGOCIO.)			
NOMBRE	DIRECCION	RELACION	TELEFONO
1.			
2.			

SITUACION ANTERIOR DE LICENCIAMIENTO		
A. ¿ALGUNA VEZ SE LE HA OTORGADO UNA LICENCIA, YA SEA INDIVIDUALMENTE O EN ASOCIACION, PARA UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA, UN ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD, UNA GUARDERIA INFANTIL, O UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Si contestó "SI", complete las secciones C y D a continuación.</i>
B. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO DUEÑO DE UN 10 POR CIENTO O MAS DE UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA, UN ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD, UNA GUARDERIA INFANTIL, O UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, CON EL OBJETO DE OBTENER GANANCIAS, O HA SIDO ADMINISTRADOR, SOCIO GENERAL, OFICIAL CORPORATIVO, O DIRECTOR DE CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE ESTA CLASE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Si contestó "SI", complete las secciones C y D a continuación.</i>
C. NOMBRE Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO	PERIODO VIGENTE DE LA LICENCIA _____ A _____	CLASE DE ESTABLECIMIENTO
D. ¿SE TOMO ALGUNA ACCION DISCIPLINARIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>SI CONTESTA "SI", POR FAVOR EXPLIQUE:</i>		

EXPERIENCIA EN LOS NEGOCIOS					
A. ¿HA TENIDO U OPERADO ALGUN NEGOCIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:</i>					
Clase	Número de empleados	Su título/puesto	Fecha en que comenzó	Fecha en que terminó	Razón para terminarse
B. ¿TIENE UNA LICENCIA O CERTIFICADO PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:</i>					
Clase	Período en que lo ha tenido		Agencia/Oficina que lo expidió		
C. ¿ES MIEMBRO DE ALGUNA ASOCIACION PROFESIONAL/TECNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:</i>					
Nombre de la asociación			Dirección		

EXPERIENCIA DE TRABAJO. COMIENZE CON SU TRABAJO MAS RECIENTE. ENUMERE TODOS LOS TRABAJOS Y PERIODOS SIN EMPLEO EN LOS ULTIMOS SIETE AÑOS. SI ES NECESARIO, INCLUYA TRABAJOS DE HACE MAS DE SIETE AÑOS.

Fechas	Nombre y dirección del empleador	Deberes básicos	Razón para la terminación
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			

INFORMACION PERSONAL

A. ¿Tiene alguna condición física, mental o médica que pudiera disminuir su capacidad para cuidar a la clase de residentes/clientes para los cuales ha solicitado una licencia?
 SI NO *Si contesta "SI", por favor explique:*

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA	CONDADO DONDE SE FIRMO	FECHA
-------	------------------------	-------

* La ley federal (en la nota que corresponde a la Sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos) establece que:
 Cualquier oficina gubernamental federal, estatal o local que le pide a un individuo que revele su número de cuenta relativa al Seguro Social, le informará si esa revelación es obligatoria o voluntaria, de acuerdo a qué autoridad establecida por la ley u otra autoridad se solicita ese número, y para qué propósito se usará el número.

** GED = certificado equivalente a graduación de la secundaria