

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



SOLICITANTE/PROVEEDOR DE CUIDADO  
HOGAR DE CRIANZA TEMPORAL

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE EXPEDIENTE DEL HOGAR DE CRIANZA TEMPORAL

Recámaras (Sección 89387(a)) Discusión del plan alternativo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del niño	Sexo	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del trabajador encargado de colocaciones: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Aprobó el trabajador encargado de colocaciones el plan alternativo documentado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

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