

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-082

07/10/2003

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 995B English & Spanish (5/03) - Family Child Care Home Addendum To Notification of Parents' Rights

ORDER UNIT MO	<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 5/03	REPLACES 3/01	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input checked="" type="checkbox"/> Recommended Form	

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788

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 5/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print 8 1/2 X 11, 1-sided

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov.

For camera-ready copy 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.

Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

**FAMILY CHILD CARE HOME
ADDENDUM TO NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS
(REGARDING REMOVAL/EXCLUSION)**

California State law requires the licensee to notify you that the person whose name appears below has been removed or excluded from this Family Child Care Home.

Name: _____

Effective Date: _____

This person **is not permitted to be in the home** at any time when children are in care. This removed/excluded person may be an ex-employee, friend or relative of the licensee. This person has a right to appeal the exclusion. If he/she is later permitted back into the Family Child Care Home you will be notified.

The local licensing office listed below maintains a public file on this facility. Parents or authorized representatives may review the public file for any documents related to this action. You should know that many documents are protected by confidentiality laws and will not be available for review.

Licensing Office Name: _____

Licensing Office Address: _____

City/State/Zip: _____

Name And Address of This Facility

Facility Name: _____

Facility Address: _____

City/State/Zip: _____

**ACKNOWLEDGMENT OF
ADDENDUM TO NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS
(REGARDING REMOVAL/EXCLUSION)**

This will acknowledge that I, the parent/authorized representative of _____ have received a copy of the "ADDENDUM TO NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (REGARDING REMOVAL/EXCLUSION)" from the licensee or designated representative. *(Parent/Authorized Representative signature is required).*

Signature of Parent/Authorized Representative

Date

NOTE: This form with the original signature of the parent/authorized representative must be kept in the child's file. A copy of this form must be given to the parent/authorized representative.

SUPLEMENTO A LA NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A UN HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS (REFERENTE AL DESPIDO/EXCLUSION DE ALGUIEN DEL HOGAR)

La ley estatal de California requiere que la persona con licencia le notifique a usted que la persona cuyo nombre aparece a continuación ha sido despedida o excluida de este hogar que proporciona cuidado de niños.

Nombre: _____

Fecha en que entró en vigor: _____

A esta persona **no se le permite estar en el hogar** en ningún momento en que los niños estén bajo cuidado. Esta persona despedida/excluida puede ser un ex-empleado, amigo, o pariente de la persona con licencia. Esta persona tiene derecho a apelar la exclusión. Se le notificará a usted si más tarde se le permite a esta persona estar en el hogar que proporciona cuidado de niños.

La oficina local de licenciamiento, la cual se menciona a continuación, mantiene un expediente público correspondiente a este establecimiento. Los padres o representantes autorizados pueden revisar el expediente público para enterarse de la documentación relacionada a esta acción. Usted debe saber que muchos documentos están protegidos por las leyes de confidencialidad y no estarán disponibles para una revisión.

Nombre de la oficina de licenciamiento: _____

Dirección de la oficina de licenciamiento: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Nombre y dirección de este establecimiento

Nombre del establecimiento: _____

Dirección del establecimiento: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO EL “SUPLEMENTO A LA NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A UN HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS (REFERENTE AL DESPIDO/EXCLUSION DE ALGUIEN DEL HOGAR)”

Esto confirmará que yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido de la persona con licencia o del representante designado, una copia del “SUPLEMENTO A LA NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A UN HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS (REFERENTE AL DESPIDO/EXCLUSION DE ALGUIEN DEL HOGAR)”.
(Se requiere la firma del padre/ madre/representante autorizado.)

Firma del padre/madre/representante autorizado

Fecha

NOTA: *Este formulario con la firma original del padre/madre/representante autorizado se tiene que conservar en el expediente del niño. Una copia de este formulario se tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.*