

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-094

07/25/2003

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 624B English & Spanish (6/03) - Unusual Incident/Injury Report - Family Child Care Home

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 checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 6/03	REPLACES LIC 9209 (7/02)	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<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 6/03

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, 2-sided

Form is now a Master Only.

LIC 624B REPLACES LIC 9209.

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) 445-6711 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

UNUSUAL INCIDENT/INJURY REPORT - FAMILY CHILD CARE HOME

INSTRUCTIONS:

1. Notify parent(s), guardian, or authorized representatives of child(ren) in care.
2. Notify Licensing by telephone, fax, or e-mail before end of next working day.
3. If reported by telephone, submit written report within 7 calendar days of the incident/injury to Licensing.
4. Keep a copy of the report in the child's facility file.

1. TODAY'S DATE	2. FACILITY LICENSE NUMBER:	3. LICENSEE'S NAME:					
4. FACILITY NAME:		5. FACILITY ADDRESS:					
6. Name of Child(ren) Involved	7. Birth date Mo/Day/Yr	8. Sex M / F	9. Admission Date	10. Primary Language	11. Date / Time Incident/Injury	12. Date notified Parents	

13. Name and telephone number of child's parent(s):

14. TYPE OF INCIDENT OR INJURY (CHECK ONE OR ALL THAT APPLY)

- a. Death of a child in care from any cause
- b. Any injury to a child in care that requires professional medical treatment
- c. Any suspected physical, sexual, or emotional abuse of any child. (Must also be reported to local law enforcement or Child Protective Services.)
- d. Any act of violence occurring while children are in care
- e. Anytime a child in care is missing for any reason without supervision, knowledge, or permission of the licensee
- f. Any unusual incident that threatens the physical or emotional health or safety of any child in care
- g. Other

15. DESCRIBE WHAT HAPPENED.

16. BRIEFLY DESCRIBE THE INJURY.

17. NAME OF PHYSICIAN OR OTHER MEDICAL PROVIDER:	18. TELEPHONE NO. ()
--	-----------------------------

19. DESCRIBE HOW THIS INCIDENT OR INJURY WILL BE PREVENTED IN THE FUTURE:

20. Agencies Notified	21. Name of Person(s) Contacted	22. Date	23. Telephone:
<input type="checkbox"/> State Child Care Licensing			()
<input type="checkbox"/> County Child Care Licensing			()
<input type="checkbox"/> Child Protective Services			()
<input type="checkbox"/> Law Enforcement			()

24. REPORT SUBMITTED BY:	25. TELEPHONE NO. ()	26. DATE:
--------------------------	-----------------------------	-----------

(TO BE COMPLETED ONLY BY LICENSING DEPARTMENT)

Date report received in Licensing Office: _____ Date "Officer of the Day" reviewed and logged report: _____

EVALUATION OF SIR:

Followup Inquiry required Yes No Investigation required Yes No

REFERRED TO:

Licensing Program Analyst Date Reviewed: _____ Case Management Visit Yes No
 Licensing Unit Manager/Sup Date Reviewed: _____
 Regional/Program Manager Date Reviewed: _____ Other _____

DISPOSITION:

GENERAL INSTRUCTIONS FOR COMPLETION

1. Enter the current month, day, and year.
2. Enter the facility number as shown on the license.
3. Enter the licensee's name as shown on license.
4. Enter the name of the facility as shown on the license.
5. Enter the number and street address, city, state, and zip code.
6. Enter the first and last name of each child involved in the incident or injury.
7. Enter the month, date, and year of the child's birth date.
8. Enter the gender of the child as M for Male or F for Female.
9. Enter the month, date, and year the child was accepted into the Family Child Care Home.
10. Enter the language that the child speaks (*i.e., English, Spanish, etc.*).
11. Enter the month, date, year and the time of day that the incident or injury happened.
12. Enter the month, date, and year that the child's parent(s) were notified.
13. Enter the name(s) and telephone number of the child's parent(s).
14. Type of Incident or injury definitions:
 - a. Check if a child in care has died from any cause.
 - b. Check if a child was injured while in care, and the injury required professional medical treatment other than first aid.
 - c. Check if it is suspected that a child has been subjected to physical, sexual, or emotional abuse.
 - d. Check if any act of violence occurred while children are in care, whether or not a child was involved.
 - e. Check if a child in care leaves or wanders (*is missing*) from the facility without permission or supervision, including when a child is missing during any outing or special event away from the facility, or a child doesn't return from school.
 - f. Check if an unusual incident occurs that is not covered above, and threatens the physical or emotional health or safety of a child in care. This category may include epidemic outbreaks, poisonings, fires, or other catastrophes.
 - g. Check other if the unusual incident is not covered above.
15. Describe what happened. Be specific. Include name of person(s) involved in or suspected of causing the injury.
16. Describe the injury.
17. Enter the first and last name and title of the doctor providing care to child, if known.
18. Enter the area code and seven digit telephone number of the doctor or hospital where care was given.
19. Describe how this incident or injury will be prevented in the future.
20. Check one or more of the agencies notified of the incident or injury.
21. Enter the name of the person (*for each agency*) with whom you spoke when reporting the injury.
22. Enter the month, day, and year next to the agency person's name that was contacted.
23. Enter the area code and seven digit telephone number of the agency contacted.
24. Enter the first and last name and title of the person filling out this report.
25. Enter the area code and seven digit telephone number of the person filling out this report.
26. Enter the month, date, and year this report was filled out.

REPORTE DE INCIDENTE INUSUAL/LESION - HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

INSTRUCCIONES:

1. Notifique al padre/madre (padres), tutor, o representante autorizado del niño (o niños) bajo cuidado.
2. Notifique a la oficina de licenciamiento por teléfono, fax, o correo electrónico antes del final del siguiente día hábil.
3. Si hizo el reporte por teléfono, presente un reporte escrito a la oficina de licenciamiento antes de que pasen 7 días consecutivos a partir de la fecha en que ocurrió el incidente/lesión.
4. Mantenga una copia del reporte en el expediente que el establecimiento tiene acerca del niño.

1. FECHA DE HOY:	2. NUMERO DE LICENCIA DEL ESTABLECIMIENTO:	3. NOMBRE DE LA PERSONA CON LICENCIA:				
4. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:		5. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO:				
6. Nombre del niño(s) involucrado	7. Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	8. Sexo M / F	9. Fecha de admisión	10. Idioma primario	11. Fecha/hora del incidente/lesión	12. Fecha en que se notificó a los padres

13. Nombre y número de teléfono del padre/madre (padres) del niño:

14. TIPO DE INCIDENTE O LESION (MARQUE UNO O TODOS LOS QUE SEAN PERTINENTES)

- a. Muerte de un niño bajo cuidado por cualquier motivo.
- b. Alguna lesión de un niño bajo cuidado que requiere tratamiento médico profesional.
- c. Alguna sospecha de abuso físico, sexual, o emocional de un niño. (También se tiene que reportar a la oficina local encargada del orden público o a los Servicios para la Protección de Niños.)
- d. Algún acto de violencia que ocurrió mientras los niños estaban bajo cuidado.
- e. Algún momento que se pierda un niño por cualquier motivo sin la supervisión, conocimiento, o permiso de la persona con licencia.
- f. Algún incidente inusual que ponga en peligro la salud física o emocional o la seguridad de un niño bajo cuidado.
- g. Otro

15. DESCRIBA LO QUE SUCEDIO:

16. DESCRIBA DE UNA MANERA BREVE LA LESION:

17. NOMBRE DEL DOCTOR U OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICOS:	18. NUMERO DE TELEFONO: ()
--	-----------------------------------

19. DESCRIBA COMO SE EVITARA QUE ESTE INCIDENTE O LESION SUCEDA EN EL FUTURO:

20. Oficinas/agencias notificadas	21. Nombre de la persona(s) con quien habló	22. Fecha	23. Teléfono:
<input type="checkbox"/> Oficina de licenciamiento del Estado			()
<input type="checkbox"/> Oficina de licenciamiento del Condado			()
<input type="checkbox"/> Servicios para la Protección de Niños			()
<input type="checkbox"/> Oficina encargada del orden público			()

24. REPORTE PRESENTADO POR:	25. NUMERO DE TELEFONO: ()	26. FECHA:
-----------------------------	-----------------------------------	------------

SOLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO DE LICENCIAMIENTO (TO BE COMPLETED ONLY BY LICENSING DEPARTMENT)

Date report received in Licensing Office: _____ Date "Officer of the Day" reviewed and logged report: _____

EVALUATION OF SIR:

Followup Inquiry required Yes No Investigation required Yes No

REFERRED TO:

Licensing Program Analyst Date Reviewed: _____ Case Management Visit Yes No
 Licensing Unit Manager/Sup Date Reviewed: _____
 Regional/Program Manager Date Reviewed: _____ Other _____

DISPOSITION:

INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

1. Anote la fecha de hoy, el mes, día, y año.
2. Anote el número del establecimiento como aparece en la licencia.
3. Anote el nombre de la persona con licencia como aparece en la licencia.
4. Anote el nombre del establecimiento como aparece en la licencia.
5. Anote la dirección, es decir, el número y la calle, ciudad, estado, y código postal.
6. Anote el nombre y apellido de cada uno de los niños involucrados en el incidente o lesión.
7. Anote el mes, día, y año de la fecha de nacimiento del niño.
8. Anote el sexo del niño. Use "M" para el sexo masculino y "F" para el sexo femenino.
9. Anote el mes, día, y año en que el niño fue admitido en el hogar que proporciona cuidado de niños.
10. Anote el idioma que el niño habla (*por ejemplo, inglés, español, etc.*).
11. Anote el mes, día, y año al igual que la hora que el incidente o lesión ocurrió.
12. Anote el mes, día, y año que se le notificó al padre/madre (padres) del niño.
13. Anote el nombre y número de teléfono del padre/madre (padres) del niño.
14. Definiciones del tipo de incidente o lesión:
 - a. Marque si el niño bajo cuidado murió por algún motivo.
 - b. Marque si el niño mientras estaba bajo su cuidado sufrió alguna lesión y dicha lesión necesitó tratamiento profesional médico no sólo primeros auxilios.
 - c. Marque si hay una sospecha de que el niño ha sufrido abuso físico, sexual, o emocional.
 - d. Marque si ocurrió un acto de violencia mientras los niños estaban bajo su cuidado, sin importar si el niño estuvo o no involucrado.
 - e. Marque si el niño bajo cuidado se va o se extravía (está perdido) del establecimiento sin permiso o supervisión, incluyendo cuando un niño se pierde durante un paseo o un evento especial del establecimiento, o un niño que no regresa de la escuela.
 - f. Marque si un incidente inusual ocurre y no pertenece a las categorías anteriores y pone en peligro la salud física o emocional o la seguridad de un niño bajo cuidado. Esta categoría puede incluir brotes de epidemia, envenenamientos, incendios, u otras catástrofes.
 - g. Marque "otro" si el incidente inusual no se cubre en ninguna de las categorías anteriores.
15. Describa lo que sucedió. Sea específico. Incluya el nombre de la persona(s) involucrada o que se sospecha causó la lesión.
16. Describa la lesión.
17. Si lo sabe, anote el nombre y apellido y el título del doctor que atendió al niño.
18. Anote el número de teléfono, incluyendo número de área, del doctor u hospital donde se proporcionó el cuidado.
19. Describa cómo en el futuro se puede prevenir este incidente o lesión.
20. Marque una o más de las agencias u oficinas que fueron notificadas acerca del incidente o lesión.
21. Anote el nombre de la persona con la que habló (*una para cada agencia u oficina*) cuando reportó la lesión.
22. Anote el mes, día, y año al lado del nombre de la persona con la que habló.
23. Anote el número de teléfono, incluyendo el número de área, de la agencia u oficina a la que habló.
24. Anote el nombre y apellido y el título o puesto de la persona que llenó este reporte.
25. Anote el número de teléfono, incluyendo el número de área, de la persona que llenó este reporte.
26. Anote el mes, día, y año que se llenó este reporte.