

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-116**

08/27/2003

**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 192 (7/03) English & Spanish - Notification of Initial Application Denial

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 7/03	REPLACES 7/99	<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: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<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 7/03

## 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

Form is now a Master Only. Unit of issue changed from Pad to each.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov).

Contact Language Services for other languages at (916) 445-6711 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
COMMUNITY CARE LICENSING



Date \_\_\_\_\_

**Notification of Initial Application Denial**

You are hereby advised that your application dated/received \_\_\_\_\_, for licensure of a \_\_\_\_\_ located at \_\_\_\_\_ is denied.

The denial of your application is based upon your failure to provide satisfactory evidence that you can meet or conform to licensing requirements as outlined in the Health and Safety Code, Chapter 3, commencing with 1500; Chapter 3.3, commencing with 1569; or Chapters 3.4, 3.5 and 3.6, commencing with 1596; and, the California Code of Regulations, Title 22, Sections 87340, 87840, 101205, or 102401.

You have demonstrated the inability to comply with statutes and/or regulations which include, but are not limited to the following: (list section numbers, subject and briefly explain)

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

As indicated in Sections 1526, 1569.22 and 1596.879 of the Health and Safety Code, an applicant may present a written petition for a hearing within 15 days after the licensing agency mails denial notice to the applicants. This appeal should include such identifying information as facility name, facility number and facility address. (The applicant must send/return appeal request **and a copy of this denial letter** to the office listed below:

Licensing Agency information

Pending adoption by the Department of Social Services of the decision of this denial action, you are prohibited by law from operating the facility.

\_\_\_\_\_  
Regional Manager or County Equivalent

cc: Placement Agencies  
Parents

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
COMMUNITY CARE LICENSING



Fecha \_\_\_\_\_

**Notificación sobre la negación de la solicitud inicial**

Por medio de la presente se le notifica que se ha negado su solicitud con fecha de/recibida en \_\_\_\_\_, para la licencia de un \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_.

La negación de su solicitud está basada en que usted no proporcionó pruebas satisfactorias de que puede cumplir o acatarse a los requisitos para licenciamiento como se describen en el Código de Salud y Seguridad, Capítulo 3, comenzando con la Sección 1500; Capítulo 3.3, comenzando con la Sección 1569; o los Capítulos 3.4, 3.5 y 3.6, comenzando con la Sección 1596; y el Código de Ordenamientos de California, Título 22, Secciones 87340, 87840, 101205 ó 102401.

Usted ha demostrado su inhabilidad para cumplir con los reglamentos y/u ordenamientos los cuales incluyen, pero no se limitan a los siguientes: (anote los números de sección, el tema, y explique brevemente)

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

Como se indica en las Secciones 1526, 1569.22 y 1596.879 del Código de Salud y Seguridad, un solicitante puede presentar por escrito una petición para una audiencia antes de que pasen 15 días a partir de la fecha en que la oficina de licenciamiento envíe por correo la notificación sobre la negación a los solicitantes. Esta apelación debe incluir información que lo identifique, tal como el nombre, número, y dirección del establecimiento. El solicitante tiene que enviar/devolver la petición de apelación **y una copia de esta carta de negación** a la oficina que aparece a continuación:

Información acerca de la oficina de licenciamiento

Se le prohíbe por la ley que opere el establecimiento mientras espera que se adopte la decisión del Departamento de Servicios Sociales sobre esta acción de negación.

\_\_\_\_\_  
Administrador Regional o el equivalente a nivel del Condado

cc: Oficinas/Agencias para la colocación de niños  
Padres de familia