

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-065

DATE

3/25/2004

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 610C & 610C SP - Emergency Disaster Plan for Children's Residential Facilities (Except Foster Family Homes)

ORDER UNIT MASTER ONLY	<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 10/03	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval 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 7/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a reproducible copy

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

For camera-ready 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.

EMERGENCY DISASTER PLAN FOR CHILDREN'S RESIDENTIAL FACILITIES (EXCEPT FOSTER FAMILY HOMES)

INSTRUCTIONS:
Post a copy in a prominent location in facility, near telephone.
Licensee is responsible for updating information as required.
Return a copy to the licensing office.

NAME OF FACILITY		ADMINISTRATOR OF FACILITY	
FACILITY ADDRESS (NUMBER, STREET,		CITY,	STATE, ZIP CODE)
		TELEPHONE ()	

I. ASSIGNMENTS DURING AN EMERGENCY (USE REVERSE SIDE IF ADDITIONAL SPACE IS REQUIRED)

NAME(S) OF STAFF	TITLE	ASSIGNMENT
1.		DIRECT EVACUATION AND PERSON COUNT
2.		HANDLE FIRST AID
3.		TELEPHONE EMERGENCY NUMBERS
4.		TRANSPORTATION
5.		OTHER (DESCRIBE)
6.		

II. EMERGENCY NAMES AND TELEPHONE NUMBERS (IN ADDITION TO 9-1-1)

FIRE/PARAMEDICS	POLICE OR SHERIFF
RED CROSS	OFFICE OF EMERGENCY SERVICES
HOSPITAL(S)	POISON CONTROL
DENTIST(S)	AMBULANCE
CHILD PROTECTIVE SERVICES	CRISIS CENTER
	OTHER AGENCY/PERSON

III. FACILITY EXIT LOCATIONS (USING A COPY OF THE FACILITY SKETCH [LIC 999] INDICATE EXITS BY NUMBER)

1.	2.
3.	4.

IV. TEMPORARY RELOCATION SITE(S) (IF AVAILABLE, SUBMIT LETTER OF PERMISSION FROM RENTER/LESSEE/MANAGER/PROPERTY OWNER)

NAME	ADDRESS	TELEPHONE NUMBER ()
NAME	ADDRESS	TELEPHONE NUMBER ()

V. UTILITY SHUT—OFF LOCATIONS (INDICATE LOCATION(S) ON THE FACILITY SKETCH [LIC 999])

ELECTRICITY
WATER
GAS

VI. FIRST AID KIT (LOCATION)

VII. EQUIPMENT

SMOKE DETECTOR LOCATION (IF REQUIRED)
FIRE EXTINGUISHER LOCATION (IF REQUIRED)
TYPE OF FIRE ALARM SOUNDING DEVICE (IF REQUIRED)
LOCATION OF DEVICE

VIII. AFFIRMATION STATEMENT

AS ADMINISTRATOR OF THIS FACILITY, I ASSUME RESPONSIBILITY FOR THIS PLAN FOR PROVIDING EMERGENCY SERVICES AS INDICATED BELOW. I SHALL INSTRUCT ALL CLIENTS/RESIDENTS, AGE AND ABILITIES PERMITTING, ANY STAFF AND/OR HOUSEHOLD MEMBERS AS NEEDED IN THEIR DUTIES AND RESPONSIBILITIES UNDER THIS PLAN.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

PLAN DE EMERGENCIA EN CASO DE DESASTRE PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA NIÑOS (EXCEPTO LOS HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL)

INSTRUCCIONES:

Coloque una copia de este plan en un lugar visible del establecimiento, cerca del teléfono.

La persona con licencia es responsable de actualizar la información en la manera en que se requiere. Devuelva una copia a la oficina de licenciamiento.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO	
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (NUMERO, CALLE,		CIUDAD,	ESTADO, CODIGO POSTAL)
		NUMERO DE TELEFONO ()	

I. TAREAS DURANTE UNA EMERGENCIA (SI NECESITA MAS ESPACIO, USE LA SIGUIENTE PAGINA.)

NOMBRE DEL EMPLEADO	PUESTO	TAREA
1.		DIRIGIR LA EVACUACION Y CONTAR EL NUMERO DE PERSONAS
2.		ENCARGARSE DE LOS PRIMEROS AUXILIOS
3.		NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA
4.		TRANSPORTE
5.		OTRA (DESCRIBA)
6.		

II. NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA (ADEMAS DEL 9-1-1)

BOMBEROS/PARAMEDICOS	POLICIA/COMISARIO (SHERIFF)
CRUZ ROJA	OFICINA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA
HOSPITAL(ES)	CONTROL DE ENVENENAMIENTO
DENTISTA(S)	AMBULANCIA
SERVICIOS PARA LA PROTECCION DE NIÑOS	CENTRO PARA CRISIS
	OTRA OFICINA/AGENCIA/PERSONA

III. LUGAR DONDE SE ENCUENTRAN LAS SALIDAS DEL ESTABLECIMIENTO (USANDO UNA COPIA DEL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999], ANOTE LAS SALIDAS POR NUMERO.)

1.	2.
3.	4.

IV. LUGAR(ES) TEMPORAL DE REUBICACION (SI ESTA DISPONIBLE, ENTREGUE UNA CARTA DE PERMISO DEL INQUILINO/ARRENDATARIO/GERENTE/DUEÑO DE LA PROPIEDAD.)

NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ()
NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ()

V. LUGARES DONDE SE PUEDEN DESCONECTAR LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES (MARQUELOS EN EL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999].)

ELECTRICIDAD
AGUA
GAS

VI. UBICACION DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

VII. EQUIPO

LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL DETECTOR DE HUMO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL EXTINGUIDOR DE INCENDIOS (SI SE REQUIERE)
TIPO DE APARATO DE ALARMA QUE SUENA EN CASO DE INCENDIO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA ESTE APARATO

VIII. DECLARACION DE AFIRMACION

COMO ADMINISTRADOR DE ESTE ESTABLECIMIENTO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD RESPECTO A ESTE PLAN PARA PROPORCIONAR SERVICIOS EN CASO DE EMERGENCIA COMO SE INDICA. SEGUN SE REQUIERA, LES DARE INSTRUCCIONES ACERCA DE SUS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES BAJO ESTE PLAN A TODOS LOS CLIENTES/RESIDENTES, DE ACUERDO A SU EDAD Y HABILIDAD, Y A TODOS LOS MIEMBROS DEL PERSONAL Y/O DEL HOGAR.

FIRMA	FECHA
-------	-------