

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-081**

DATE

03/04/2004

**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 610D - Emergency Disaster Plan for Adult Day, Adult Residential RCFCI and Social Rehab Facilities  
LIC 610 D (SP) - Emergency Disaster Plan for Adult Day, Adult Residential RCFCI and Social Rehab

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 5/01	<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 10/03

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](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# EMERGENCY DISASTER PLAN FOR ADULT DAY PROGRAMS, ADULT RESIDENTIAL FACILITIES, RESIDENTIAL CARE FACILITIES FOR THE CHRONICALLY ILL AND SOCIAL REHABILITATION FACILITIES

**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 NUMBER ( )

**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
PHYSICIAN(S)	POISON CONTROL
HOSPITAL(S)	AMBULANCE
DENTIST(S)	CRISIS CENTER
LONG TERM OMBUDSMAN	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/LEASEE/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 PROGRAMAS DURANTE EL DIA PARA ADULTOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ADULTOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS, Y ESTABLECIMIENTOS PARA REHABILITACION SOCIAL**

**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
MEDICO(S)	CONTROL DE ENVENENAMIENTO
HOSPITAL(ES)	AMBULANCIA
DENTISTA(S)	CENTRO PARA CRISIS
MEDIADOR Y PROTECTOR DE LOS DERECHOS RELACIONADOS AL CUIDADO A LARGO PLAZO	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
-------	-------