

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-142

DATE

05/04/2004

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 200 SP - Application for a Community Care Facility or Residential Care Facility for the Elderly License

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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/03	REPLACES 3/99	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input 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 8/03

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.

SOLICITUD PARA UNA LICENCIA DE ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA*(Vea las instrucciones en la siguiente página.)***SOLAMENTE PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO**

ENVIE SU RESPUESTA A:

DISTRICT: _____	FACILITY NUMBER: _____
COUNTY: _____	ACTION TYPE: _____
DATE: _____	FACILITY TYPE: _____
REVIEWED BY: _____	

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE(S) (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.) _____ _____ _____	2. ACCION QUE SE SOLICITA (MARQUE UNA): <input type="checkbox"/> A. SOLICITUD INICIAL <input type="checkbox"/> B. CAMBIO DE CUPO <input type="checkbox"/> C. CAMBIO DE LOCALIDAD <input type="checkbox"/> D. CAMBIO DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> E. CAMBIO DE SITUACION AMB./NO AMB. <input type="checkbox"/> F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION <input type="checkbox"/> G. OTRA (Especifique)			
3. DIRECCION DONDE EL SOLICITANTE RECIBE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	(AREA) NUMERO DE TELEFONO ()
4. SOLICITUD PRESENTADA POR: <input type="checkbox"/> A. INDIVIDUO <input type="checkbox"/> B. SOCIEDAD <input type="checkbox"/> C. CORPORACION CON FINES NO LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> D. CORPORACION CON FINES LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> E. CONDADO <input type="checkbox"/> F. CORPORACION CON FINES NO LUCRATIVOS OTRA OFICINA PUBLICA <input type="checkbox"/> G. COMPAÑIA CON RESPONSABILIDAD CIVIL LIMITADA				
5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO U OFICINA/AGENCIA				

6. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	CONDADO	CODIGO POSTAL	(AREA) NUMERO DE TELEFONO ()
7. DIRECCION DONDE EL ESTABLECIMIENTO RECIBE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

8. ADMINISTRADOR O PERSONA ENCARGADA DEL ESTABLECIMIENTO	TITULO
--	--------

9. TIPO DE OFICINA/AGENCIA O ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA ADULTOS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE OFRECE CUIDADO PARA ADULTOS DURANTE EL DIA <input type="checkbox"/> CENTRO DE APOYO PARA DULTOS DURANTE EL DIA <input type="checkbox"/> HOGAR COLECTIVO <input type="checkbox"/> HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO A UN NUMERO PEQUEÑO DE NIÑOS	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PARA REHABILITACION SOCIAL <input type="checkbox"/> AGENCIA AUTORIZADA POR EL ESTADO PARA APROBAR HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL <input type="checkbox"/> OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE COLOCACION TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	10. CUPO TOTAL QUE SE SOLICITA _____ 10A. NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE NO PUEDEN CAMINAR (SI HAY ALGUNA) _____ NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE DEPENDEN DE OTROS PARA MOVERSE Y/O PERSONAS QUE SOLO ESTAN EN CAMA (SI HAY ALGUNA) _____	11. SOLAMENTE PARA ESTABLECIMIENTOS DE NIÑOS NUMERO DE: BEBES (DESDE RECIEN NACIDOS HASTA DOS AÑOS) _____ NIÑOS (DE 3 A 17 AÑOS) _____
---	--	--	---

12. DIAS Y HORAS DE OPERACION	13. INFORMACION ACERCA DE LA PROPIEDAD. USTED: <input type="checkbox"/> ES EL DUEÑO <input type="checkbox"/> LA RENTA <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____
-------------------------------	--

13A. NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD, SI ES QUE LA RENTA O TIENE UN CONTRATO DE ARRENDAMIENTO POR UN TIEMPO ESPECIFICO

14. ¿TUVO ANTERIORMENTE UNA LICENCIA EL ESTABLECIMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE EL NOMBRE Y EL NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO
---	--	--

15. ¿ES NECESARIO QUE SE LLEVE A CABO UNA EXTENSA CONSTRUCCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA EN QUE EMPEZARA LA CONSTRUCCION: _____ FECHA EN QUE TERMINARA LA CONSTRUCCION: _____	16. FUENTE DE DONDE PROVIENE EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA
--	---	--

17. ANOTE A CONTINUACION LA INFORMACION PARA CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE EL SOLICITANTE (O SOLICITANTES) OPERE O SEA DUEÑO ACTUALMENTE, O QUE HAYA OPERADO O DEL CUAL HAYA SIDO DUEÑO ANTERIORMENTE. VEA LAS INSTRUCCIONES. NOMBRE Y NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO
--	--

A. _____
B. _____

18. **RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE(S) / PERSONA(S) CON LICENCIA:**

A. ADEMÁS DE CUMPLIR CON LOS CODIGOS Y REGLAMENTOS DE SALUD Y SEGURIDAD QUE APLICAN AL LICENCIAMIENTO Y A LA SEGURIDAD PARA PREVENIR INCENDIOS, YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE EXISTAN OTRAS LEYES ESTATALES, FEDERALES Y/O LOCALES QUE NO LAS HACE CUMPLIR ESTA OFICINA/AGENCIA, PERO QUE SE TENGAN QUE CUMPLIR, TALES COMO: REQUISITOS EN RELACION A LA ZONA, EL EDIFICIO, SANIDAD Y TRABAJO.

B. YO (O NOSOTROS) HE LEIDO Y ENTIENDO LOS ESTATUTOS Y LOS REGLAMENTOS QUE APLICAN A LA CATEGORIA DE MI LICENCIA, ANTES DE QUE SE EMITA O SE RENEVE MI LICENCIA.

C. YO (O NOSOTROS) ME ASEGURARE DE QUE TODAS LAS PERSONAS SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DIGITALES TENGAN UNA APROBACION O EXENCION EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PENALES DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA ANTES DE EMPLEARLAS O ANTES DE SU PRESENCIA INICIAL O RESIDENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO, COMO SE REQUIERE.

D. SI YO (O NOSOTROS) OPERO UN ESTABLECIMIENTO QUE PROPORCIONA CUIDADO Y SUPERVISION PARA NIÑOS, ME ASEGURARE QUE SE ENTREGUE AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, COMO SE REQUIERE, UN FORMULARIO PARA LA REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE ESTEN SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DIGITALES.

E. YO (O NOSOTROS) NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO, SI LA PERSONA SUJETA A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DIGITALES, DESPUES DE HABERLA EMPLEADO, HA SIDO DECLARADA CULPABLE DE HABER COMETIDO UN DELITO.

F. YO (O NOSOTROS) OBTENDRE LA APROBACION DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO ANTES DE HACER ALGUN CAMBIO QUE AFECTE LOS TERMINOS DE LA LICENCIA.

19. YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE APELAR CUALQUIER DECISION CON RESPECTO A LA DISPOSICION DE ESTA SOLICITUD.

20. YO (O NOSOTROS) DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS SON CORRECTAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

21. YO (O NOSOTROS) ESTOY AUTORIZADO PARA FIRMAR ESTA SOLICITUD A NOMBRE DEL SOLICITANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE.

FIRMADO _____	TITULO _____	CONDADO EN DONDE SE FIRMO _____	FECHA _____
FIRMADO _____	TITULO _____	CONDADO EN DONDE SE FIRMO _____	FECHA _____

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE UNA LICENCIA DE ESTABLECIMIENTO

Escriba a máquina o escriba claramente con letra de imprenta. Prepare la solicitud por duplicado. Devuelva el original y mantenga una copia para sus expedientes. Adjunte a este formulario de solicitud, una copia de todos los formularios y documentos que se hayan pedido, incluyendo los que aparecen subrayados a continuación.

1. Solicitante(s): Anote el nombre de la persona(s) u organización legalmente responsable del establecimiento. Anote los nombres completos. Para una persona individual, anote el primer nombre, el nombre que usa en medio y el apellido. Si la solicitud se hace junto con otras personas, todos los solicitantes tienen que firmar esta solicitud. Todas las personas individuales, cada socio general, y oficial ejecutivo principal o representante autorizado de una empresa, asociación, corporación, condado, ciudad, oficina pública o entidad gubernamental tienen que completar la "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Las corporaciones y otras organizaciones también tienen que completar la "Organización administrativa" (LIC 309).
2. Acción que se solicita: Marque la casilla apropiada.
3. Dirección donde el solicitante recibe correo: Anote la dirección legal donde recibe correo la persona(s) o la oficina central de la corporación. El socio mayoritario anota la dirección principal donde recibe correo el negocio. Otro socio(s) anota la dirección principal que usa para el negocio en la "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Anote el área y el número de teléfono.
4. Solicitud presentada por: Marque la casilla apropiada.
5. Nombre del establecimiento u oficina/agencia: Anote el nombre que se usa para designar el único establecimiento bajo consideración en esta solicitud. Si es una oficina o agencia, anote el nombre de la oficina o agencia que proporciona los servicios.
6. Dirección del establecimiento: Anote la dirección donde el establecimiento se encuentra físicamente. Si el solicitante tiene más de un establecimiento, se tiene que completar una solicitud separada para cada establecimiento. Anote el número de teléfono incluyendo el número de área.
7. Dirección donde el establecimiento recibe correo: Anote la dirección adonde el Departamento/oficina de licenciamiento debe enviar todo el correo para el establecimiento.
8. Administrador o persona encargada del establecimiento: Anote el nombre y el título de la persona que supervisará directamente el establecimiento. Si todavía no se ha contratado a alguien, anote "desconocido".
9. Tipo de oficina/agencia o establecimiento: Marque la casilla apropiada para el tipo de establecimiento de acuerdo a la definición que se encuentra en el Título 22 del Código de Ordenamientos de California. Si no lo sabe, anote el nombre que se usa comúnmente para identificar dicho tipo de establecimiento en la casilla identificada como "otro".
10. Cupo total que se solicita: Anote el número total de personas para quienes se va a proporcionar cuidado en un período de 24 horas.
- 10A. Si es pertinente, anote el número de camas disponibles para clientes que no pueden caminar o que dependen de otros para moverse, o para clientes que sólo están en cama.
11. Solamente para establecimientos de niños: Los solicitantes para establecimientos residenciales para el cuidado de niños anotan el número de bebés y el número de niños a los que van a ofrecer sus servicios.
12. Días y horas de operación: Anote los días y las horas que el establecimiento estará en operación.
13. Información acerca de la propiedad: Marque la casilla apropiada.
- 13A. Control de la propiedad: Si el solicitante tiene un contrato de arrendamiento por un tiempo específico o está rentando, anote el nombre, dirección y número de teléfono del dueño de la propiedad donde se encuentra el establecimiento.
14. ¿Tuvo anteriormente una licencia el establecimiento?: Marque "SI" o "NO". Si marca "SI", anote el nombre y el número del establecimiento y el nombre de la oficina que expidió la licencia(s).
15. ¿Es necesario que se lleve a cabo una extensa construcción?: Marque si el establecimiento se tiene que construir o si necesita mejoras estructurales que son mayores. Si la respuesta es "SI", anote las fechas en que se va a empezar la construcción y la fecha en que se va a completar.
16. Fuente de donde proviene el agua para el consumo humano: Marque la fuente de donde proviene, *PUBLICA* o *PRIVADA*.
17. Otros establecimientos: La Sección 1520(d) del Código de Salud y Seguridad requiere que el solicitante dé a conocer si actualmente es, o en el pasado ha sido, un administrador, socio general, oficial o director de una corporación, o dueño del 10 por ciento o más de un establecimiento que proporciona cuidado en la comunidad, guardería infantil, establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada, o establecimientos de salud (adjunte una hoja de papel con los establecimientos adicionales).
- 18., 19., y 20. Declaración del solicitante(s), o la persona(s) con licencia, en relación a las responsabilidades de cumplimiento de todas las leyes y ordenamientos que aplican.
21. FIRMAS DE TODOS LOS SOLICITANTES O PERSONAS AUTORIZADAS (ES DECIR, SOCIOS GENERALES DE UNA SOCIEDAD Y OFICIAL EJECUTIVO PRINCIPAL [*CHIEF EXECUTIVE OFFICER*] O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA TODAS LAS CORPORACIONES, OFICINAS PUBLICAS, ETC.).