

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-144

DATE

05/06/2004

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 200A English & Spanish - Application for a Child Care Center 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 6/00	<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.

APPLICATION FOR A CHILD CARE CENTER LICENSE

(See Instructions on Back)

FOR DEPARTMENT USE ONLY

REPLY TO:

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

1. APPLICANT(S) NAME(S) (please print)

2. REQUESTED ACTION (CHECK ONE):
 A. INITIAL APPLICATION E. CHANGE OF OWNERSHIP
 B. CHANGE OF CAPACITY F. CHANGE WITHIN CORPORATION
 C. CHANGE OF LOCATION G. OTHER (E.G., TODDLER OPTION,
 C. CHANGE OF FACILITY TYPE COMBINATION CENTER, ETC.)

3. APPLICANT ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ TELEPHONE/AREA CODE () _____

4. APPLICATION FILED BY: A. INDIVIDUAL B. PARTNERSHIP C. NON PROFIT CORP. D. PROFIT CORP.
 E. COUNTY F. OTHER PUBLIC AGENCY G. LIMITED LIABILITY COMPANY

5. FACILITY/AGENCY NAME _____

6. FACILITY ADDRESS _____ CITY _____ COUNTY _____ ZIP CODE _____ TELEPHONE/AREA CODE () _____

7. MAILING ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

8. PERSON IN CHARGE OF FACILITY _____ TITLE _____

9. TYPE OF FACILITY
 A. INFANT CARE CENTER D. CHILD CARE CENTER FOR MILDLY ILL CHILDREN
 CHECK HERE FOR TODDLER OPTION E. COMBINATION
 B. CHILD CARE CENTER (PRE-SCHOOL) (CHECK APPROPRIATE BOXES FOR COMBINATION CENTER)
 CHECK HERE FOR TODDLER OPTION F. OTHER (SPECIFY)
 C. SCHOOL-AGE CENTER

10. REQUESTED CAPACITY: _____ AGE RANGE: _____
 INFANT _____
 TODDLER OPTION _____
 PRESCHOOL _____
 SCHOOL-AGE _____
 MILDLY ILL _____
 TOTAL CAPACITY _____

11. IF PROVIDING CARE TO NON-AMBULATORY CHILDREN, CHECK HERE:
 NUMBER OF NON-AMBULATORY _____

12. DAYS AND HOURS OF OPERATION: (IF A COMBINATION CENTER IS CHECKED, ENTER DAYS AND HOURS FOR EACH COMPONENT.)

13. PROPERTY OWNERSHIP: OWN RENT OTHER (SPECIFY) _____

13A. IF RENTING OR LEASING, NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PROPERTY OWNER,:

14. WAS FACILITY PREVIOUSLY LICENSED? YES NO IF YES, FACILITY NAME AND NUMBER: _____ LICENSING AGENCY NAME: _____

15. IS MAJOR CONSTRUCTION REQUIRED? YES NO DATE CONSTRUCTION TO BEGIN: _____ DATE TO BE COMPLETED: _____
 16. SOURCE OF WATER FOR HUMAN CONSUMPTION PUBLIC PRIVATE

17. NAME AND FACILITY NUMBER OF OTHER COMMUNITY CARE, CHILD CARE, RESIDENTIAL CARE FACILITIES FOR THE ELDERLY, OR HEALTH FACILITIES LICENSED TO OR OWNED BY APPLICANT(S) WITHIN THE LAST FIVE YEARS;
 A. _____ B. _____ C. _____
 D. _____ E. _____ F. _____

18. APPLICANT(S)/LICENSEE(S) RESPONSIBILITIES:
 A. IN ADDITION TO COMPLYING WITH THE HEALTH AND SAFETY CODE AND REGULATIONS APPLICABLE TO LICENSING AND FIRE SAFETY, I/WE UNDERSTAND THAT THERE MAY BE OTHER STATE, FEDERAL AND/OR LOCAL LAWS WHICH ARE NOT ENFORCED BY THIS AGENCY BUT THAT MAY NEED TO BE MET, SUCH AS ZONING, BUILDING, SANITATION AND LABOR REQUIREMENTS.
 B. I/WE HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATUTES AND REGULATIONS THAT PERTAIN TO MY/OUR LICENSING CATEGORY PRIOR TO THE ISSUANCE OF MY/OUR LICENSE.
 C. I/WE SHALL ENSURE THAT ALL PERSONS SUBJECT TO FINGERPRINT REQUIREMENTS SHALL HAVE A DEPARTMENT OF JUSTICE CLEARANCE OR A CRIMINAL RECORD EXEMPTION PRIOR TO EMPLOYMENT, RESIDENCE OR INITIAL PRESENCE IN THE FACILITY AS REQUIRED.
 D. I/WE SHALL ENSURE THAT ALL PERSONS SUBJECT TO FINGERPRINT REQUIREMENTS SHALL ALSO SUBMIT A CHILD ABUSE INDEX CHECK FORM TO THE DEPARTMENT OF JUSTICE.
 E. I/WE SHALL NOTIFY THE LICENSING AGENCY IMMEDIATELY IF A PERSON SUBJECT TO FINGERPRINTING REQUIREMENT, IS CONVICTED OF A CRIME AFTER EMPLOYMENT.
 F. I/WE SHALL OBTAIN APPROVAL FROM THE LICENSING AGENCY PRIOR TO MAKING ANY CHANGE(S) THAT AFFECT THE TERMS OF THE LICENSE.
 19. I/WE UNDERSTAND THAT I/WE HAVE THE RIGHT TO APPEAL ANY DECISION REGARDING THE DISPOSITION OF THIS APPLICATION.
 20. I/WE DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY THAT THE STATEMENTS ON THIS APPLICATION AND ON THE ACCOMPANYING ATTACHMENTS ARE CORRECT TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE.

SIGNED _____ TITLE _____ COUNTY WHERE SIGNED _____ DATE _____
 SIGNED _____ TITLE _____ COUNTY WHERE SIGNED _____ DATE _____

INSTRUCTIONS FOR APPLICATION FOR A CHILD CARE CENTER LICENSE

Type or print clearly. Prepare application in duplicate. Return original.

1. Applicant(s): Enter the name(s) of the person(s) or organization legally responsible for the facility. Enter full names. Individuals enter first, middle and last name. If joint application, all applicants must sign this application. Individuals, each partner, and chief executive officer or authorized representative of a firm, association, corporation, county, city, public agency or governmental entity must complete Applicant Information (LIC 215). Corporations and other organizations also complete Administrative Organization, (LIC 309).
2. Requested Action: Check appropriate box.
3. Applicant Address: Enter legal home address of individual(s) and headquarters address of corporations. Major partner enters principal business address. Other partners enter principal business address on Applicant Information (LIC 215). Enter area code with telephone number.
4. Application Filed by: Check appropriate box.
5. Facility/Agency Name: Enter the name used to designate the single facility under application. If an agency, fill in the name of the agency which provides the services and hyphenate the single facility name, e.g., YMCA-Peppertree Day Care School.
6. Facility Address: Enter the address of the physical location of the facility. If applicant has more than one facility, a separate application must be completed for each facility. Enter area code with telephone number.
7. Mailing Address: Enter the address where all mail from the department/licensing agency should be sent.
8. Person in Charge of Facility: Enter the name and title of person who will directly supervise the facility. If not yet employed, enter "Unknown."
9. Type of Facility: Check the appropriate box for type of facility as defined in California Code of Regulations, Title 22.
10. Requested Capacity and Age Range: Enter the total number of children and age range for whom care will be provided at any time.
11. Check box and enter number of non-ambulatory children for which you are providing care.
12. Days & Hours of Operation: Enter days and hours of operation of facility.
13. Property Ownership: Check the appropriate box.
- 13A. Control of Property: If applicant(s) is leasing or renting, enter name, address and phone of owner of facility premises.
14. Was Facility Previously Licensed? Check YES or NO. If yes, enter facility name, number and name of agency which issued license(s).
15. Is Facility to be Constructed or Require Major Building Change? Self-explanatory.
16. Source of Water for Human Consumption: Check PUBLIC or PRIVATE water source.
17. Other Facilities: Enter the facility name and number of any other community care or health facilities owned or operated by applicant(s).
18. Statement of applicant(s)/licensee(s) responsibilities of compliance with all applicable laws and regulations.
19. Acknowledgement of right to appeal.
20. Signatures of all applicants or authorized person(s) (e.g., general partners of a partnership and executive officer or duly authorized representative for all corporations, public agencies, etc.).

SOLICITUD PARA UNA LICENCIA PARA OPERAR UNA GUARDERIA INFANTIL

(Vea las instrucciones en la siguiente página.)

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO

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

CONTESTE A:

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE(S) (por favor escriba con letra de molde)

2. ACCION QUE SE SOLICITA (SOLO MARQUE UNA DE LAS CASILLAS):

<input type="checkbox"/> A. SOLICITUD INICIAL	<input type="checkbox"/> E. CAMBIO DE DOMINIO
<input type="checkbox"/> B. CAMBIO DE CUPO	<input type="checkbox"/> F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION
<input type="checkbox"/> C. CAMBIO DE UBICACION	<input type="checkbox"/> G. OTRA (P. EJ., OPCION EN RELACION A
<input type="checkbox"/> D. CAMBIO EN LA CLASE	LOS NIÑOS QUE EMPIEZAN A ANDAR,
	CENTRO COMBINADO, ETC.)

3. DIRECCION DEL SOLICITANTE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	AREA/NO. DE TEL. ()
------------------------------	--------	--------	---------------	-------------------------

4. SOLICITUD PRESENTADA POR:	<input type="checkbox"/> A. INDIVIDUO	<input type="checkbox"/> B. SOCIEDAD	<input type="checkbox"/> C. CORP. CON FINES NO LUCRAT.	<input type="checkbox"/> D. CORP. CON FINES LUCRAT.
	<input type="checkbox"/> E. CONDADO	<input type="checkbox"/> F. OTRA OFICINA PUBLICA	<input type="checkbox"/> G. COMPAÑIA CON RESPONSABIL. CIVIL LIMITADA	

5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/OFCINA/AGENCIA

6. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	CONDADO	CODIGO POSTAL	AREA/NO. DE TEL. ()
----------------------------------	--------	---------	---------------	-------------------------

7. DIRECCION PARA RECIBIR CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
----------------------------------	--------	--------	---------------

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

9. CLASE DE ESTABLECIMIENTO	10. CUPO QUE SE SOLICITA: ESCALA DE EDADES:	11. SI SE PROPORCIONA CUIDADO A NIÑOS QUE NO PUEDEN CAMINAR, MARQUE AQUI: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A. GUARDERIA PARA BEBES	BEBE _____	NO. DE NIÑOS QUE NO PUEDEN CAMINAR _____
<input type="checkbox"/> B. GUARDERIA INFANTIL (PREESCOLAR)	NIÑO QUE EMPIEZA A ANDAR _____	
<input type="checkbox"/> C. CENTRO PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR	NIÑO PREESCOLAR _____	
<input type="checkbox"/> D. GUARDERIA INFANTIL PARA NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS	NIÑO DE EDAD ESC. _____	
<input type="checkbox"/> E. COMBINACION	NIÑO LIG. ENFERMO _____	
<input type="checkbox"/> F. OTRA (ESPECIFIQUE)	CUPO TOTAL _____	12. DIAS Y HORAS DE OPERACION: (SI SE MARCA CENTRO COMBINADO, ANOTE LOS DIAS Y HORAS PARA CADA CLASE DE ESTABLECIMIENTO.)

13. DOMINIO DE LA PROPIEDAD:
 SOY DUEÑO ALQUILO OTRO (ESPECIFIQUE) _____

13A. SI ESTA ALQUILANDO O ARRENDANDO, INDIQUE EL NOMBRE, DIRECCION, Y NUMERO DE TELEFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD:

14. ¿TENIA EL ESTAB. UNA LICENCIA ANTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTA "SI", INDIQUE EL NOMBRE Y NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO:	NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO:
---	---	---

15. ¿SE REQUIERE MUCHA CONSTRUCCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA EN QUE EMPEZARA LA CONSTRUCCION: _____	16. SUMINISTRO DE AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
	FECHA EN QUE SE COMPLETARA: _____	

17. NOMBRE Y NUMERO DE OTROS ESTABLECIMIENTOS: ESTABLECIMIENTOS PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O EL CUIDADO DE NIÑOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA, O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PARA LOS CUALES EL SOLICITANTE(S) HA TENIDO LICENCIA O DE LOS CUALES HA SIDO DUEÑO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS:

A. _____ B. _____ C. _____
 D. _____ E. _____ F. _____

18. RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE(S)/PERSONA(S) CON LICENCIA:
- ADEMAS DE CUMPLIR EL CODIGO DE SALUD Y SEGURIDAD Y ORDENAMIENTOS PERTINENTES AL LICENCIAMIENTO Y SEGURIDAD EN CASO DE INCENDIO, YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE POSIBLEMENTE HAYA OTRAS LEYES FEDERALES, ESTATALES Y/O LOCALES QUE NO SE HAGAN CUMPLIR POR ESTA OFICINA PERO QUE POSIBLEMENTE SE TENGAN QUE CUMPLIR, COMO LOS REQUISITOS RELACIONADOS A LA ZONIFICACION, CONSTRUCCION, HIGIENE PUBLICA, Y LABOR.
 - YO (O NOSOTROS) HE LEIDO Y ENTIENDO LOS ESTATUTOS Y ORDENAMIENTOS QUE SON PERTINENTES A MI CATEGORIA DE LICENCIAMIENTO Y QUE SE TIENEN QUE CUMPLIR ANTES DE QUE SE ME PUEDA EMITIR LA LICENCIA.
 - YO (O NOSOTROS) ME ASEGURARE DE QUE TODAS LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES REQUIERE TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES TENGAN DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA UNA APROBACION DE ANTECEDENTES PENALES O UNA EXENCION EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PENALES ANTES DE SU EMPLEO, RESIDENCIA, O PRESENCIA INICIAL EN EL ESTABLECIMIENTO, COMO SE REQUIERE.
 - YO (O NOSOTROS) ME ASEGURARE DE QUE TODAS LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES REQUIERE TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES TAMBIEN LE ENTREGUEN AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA UN FORMULARIO SOBRE LA REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS.
 - YO (O NOSOTROS) LE NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO SI UNA PERSONA A LA QUE SE LE REQUIERE TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES ES DECLARADA CULPABLE DE ALGUN DELITO DESPUES DE QUE SE LA CONTRATE.
 - YO (O NOSOTROS) CONSEGUIRE APROBACION DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO ANTES DE HACER CUALQUIER CAMBIO QUE AFECTE LAS CONDICIONES DE LA LICENCIA.
19. YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A APELAR CUALQUIER DECISION SOBRE LA DETERMINACION DE ESTA SOLICITUD.
 20. YO (O NOSOTROS) CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS QUE LA ACOMPAÑAN SON CORRECTAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

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

INSTRUCCIONES EN RELACION A LA SOLICITUD PARA UNA LICENCIA PARA OPERAR UNA GUARDERIA INFANTIL

Escriba a máquina o escriba claramente con letra de molde. Prepare la solicitud por duplicado. Devuelva la copia original.

1. Solicitante(s): Anote el nombre de la persona(s) u organización que es legalmente responsable del establecimiento. Anote el nombre completo. Los individuos anotan su nombre, nombre de en medio, y apellido. Si ésta es una solicitud compartida, todos los solicitantes tienen que firmarla. Los individuos, cada socio, y el oficial ejecutivo principal o representante autorizado de una empresa, asociación, corporación, entidad gubernamental del condado o de la ciudad, u otra oficina pública tienen que completar el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Las corporaciones y otras organizaciones también completan el formulario llamado "Organización administrativa" (LIC 309).
2. Acción que se solicita: Marque la casilla apropiada.
3. Dirección del solicitante: Anote la dirección oficial del hogar del individuo(s), y en el caso de las corporaciones, la dirección de la oficina principal. El socio mayoritario anota la dirección principal del negocio. Los demás socios anotan la dirección principal del negocio en el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Anote el código del área con el número de teléfono.
4. Solicitud presentada por: Marque la casilla apropiada.
5. Nombre del establecimiento/oficina/agencia: Anote el nombre que se usa para designar el establecimiento individual para el cual se está entregando la solicitud. Si se trata de una oficina/agencia, incluya el nombre de la oficina/agencia que proporciona los servicios y ponga un guión entre el nombre de la oficina/agencia y el nombre del establecimiento individual, p. ej., YMCA*-*Peppertree Day Care School*.
6. Dirección del establecimiento: Anote la dirección de la ubicación física del establecimiento. Si el solicitante tiene más que un establecimiento, se tiene que completar una solicitud por separado para cada establecimiento. Anote el código del área con el número de teléfono.
7. Dirección para recibir correo: Anote la dirección a la cual se debe enviar todo el correo proveniente del Departamento/oficina de licenciamiento.
8. Persona encargada del establecimiento: Anote el nombre y título de la persona que estará supervisando el establecimiento directamente. Si todavía no se contrató a la persona, anote "No se sabe".
9. Clase de establecimiento: Marque la casilla apropiada para indicar la clase de establecimiento, como se define en el Título 22 del Código de Ordenamientos de California.
10. Cupo que se solicita y escala de edades: Anote el número total de niños y la escala de edades para los cuales se proporcionará cuidado en cualquier momento.
11. Marque la casilla y anote el número de niños que no pueden caminar para los cuales usted está proporcionando cuidado.
12. Días y horas de operación: Anote los días y horas de operación del establecimiento.
13. Dominio de la propiedad: Marque la casilla apropiada.
- 13A. Control de la propiedad: Si el solicitante(s) está arrendando o alquilando, anote el nombre, dirección, y número de teléfono del dueño del local.
14. ¿Tenía el establecimiento una licencia antes?: Marque "SI" o "NO". Si contesta "SI", anote el nombre y número del establecimiento y el nombre de la oficina que emitió la licencia(s).
15. ¿Se va a construir el establecimiento o se requieren muchos cambios estructurales en el establecimiento?: Se explica por sí mismo.
16. Suministro de agua para el consumo humano: Marque si el suministro de agua es PUBLICO o PRIVADO.
17. Otros establecimientos: Anote el nombre y número de cualquier otro establecimiento para el cuidado en la comunidad o establecimiento de salud que el solicitante(s) opera o del cual es dueño.
18. Declaración referente a las responsabilidades del solicitante(s)/persona(s) con licencia en cuanto al cumplimiento de todos los ordenamientos y leyes aplicables.
19. Confirmación del derecho de apelar.
20. Firma de todos los solicitantes o la persona(s) autorizada (p. ej., socios generales de una sociedad; y en el caso de todas las corporaciones, oficinas públicas, etc., el oficial ejecutivo principal o representante debidamente autorizado).