

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-002

DATE

01/04/2005

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 402 SP (8/04) Surety Bond

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 8/04	REPLACES 12/01	<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 immediately.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

8-1/2" x 11" one page form.

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.

GARANTIA DE UNA COMPAÑIA DE SEGURIDAD*(El documento original se envía a la oficina regional)*

Nombre del solicitante/persona con licencia: _____

Dirección: _____

Compañía de seguridad: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del agente local: _____

Número de teléfono: _____

Las direcciones que aparecen anteriormente para el solicitante y la compañía de seguridad se usarán para entregar notificaciones, papeles y otros documentos.**CONSTE QUE:**

La persona con licencia, como el fiado, y la compañía de seguridad, como la fiadora, están obligadas firmemente con el Estado de California, como beneficiario, por la cantidad de \$ _____ (_____) para el pago por el cual el fiado y la fiadora estén comprometidos, sus herederos, sucesores y designados correspondientes, juntos e individualmente.

CONSIDERANDO que cada una de las Secciones 1560, 1568.021, y 1569.60 del Código de Salud y Seguridad requiere que ciertos solicitantes de licencia presenten una garantía de una compañía de seguridad con el Departamento de Servicios Sociales de California; y

CONSIDERANDO que la persona con licencia ha presentado una solicitud para operar un *(marque todos los que aplican)*:

- Establecimiento residencial para adultos (*Adult Residential Facility*), establecimiento que tiene programas para adultos durante el día (*Adult Day Care*), o establecimiento que ofrece rehabilitación social (*Social Rehabilitation Facility*), y la persona con licencia maneja fondos de cualquier cantidad, de los clientes/residentes; o
- Hogar de crianza temporal (*Foster Family Home*), agencia autorizada por el Estado para aprobar hogares de crianza temporal (*Foster Family Agency*), hogar colectivo (*Group Home*), hogar que proporciona cuidado a un número pequeño de niños (*Small Family Home*), establecimiento residencial para el cuidado de personas con enfermedades crónicas que ponen en peligro la vida (*Residential Care Facility for Persons with Chronic, Life-Threatening Illness*), o establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada (*Residential Care Facility for the Elderly*), y la persona con licencia maneja fondos de \$50 dólares o más por cliente/residente o \$500 dólares para todos los clientes/residentes en cualquier mes;

AHORA, POR CONSIGUIENTE, la fiadora es responsable de esta garantía de seguridad en caso de que el fiado no maneje fielmente y con honestidad el dinero de los clientes/residentes del establecimiento.

El establecimiento cubierto por esta garantía es:

Nombre del establecimiento: _____

Dirección del establecimiento: _____

Número de licencia del establecimiento (si el establecimiento actualmente tiene una licencia): _____
(Si otros establecimientos están cubiertos por esta garantía, especifique en una hoja por separado, el nombre, dirección, y número de licencia del establecimiento y la cantidad de la garantía para cada establecimiento.)

Cada persona que resulte lesionada por el manejo infiel o deshonesto del dinero del cliente puede presentar un reclamo sobre la garantía ante la corte apropiada por la cantidad de daños que haya sufrido hasta la cantidad cubierta por la garantía.

El total de la responsabilidad de la garantía para todos los reclamos en contra de esta garantía no excederá la cantidad de la garantía que aparece en la parte superior de este documento.

Esta garantía puede ser cancelada por la fiadora de acuerdo a la Sección 996.030 del Código de Procedimientos Civiles, y de acuerdo a lo estipulado en la Sección 996.320 del Código de Procedimientos Civiles, se tiene que enviar una notificación de cancelación. Esta garantía está en vigor a partir de _____, y continúa en vigor mientras que la licencia sea válida.

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información proporcionada en esta página y en cualquier anexo es verdadera y correcta.

FIRMA DE LA COMPAÑIA DE SEGURIDAD	GARANTIA NUMERO:	FECHA:
-----------------------------------	------------------	--------