

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-020

DATE

01/27/2006

TO: County Welfare Director Supply Clerk / Forms Coordinator	FROM: Forms Management Unit (916) 657-1907
<input checked="" type="checkbox"/> Community Care Licensing District Offices <input type="checkbox"/> Private and Public Adoption Agencies	<input type="checkbox"/> District Attorney <input type="checkbox"/> 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 9040 (10/05) English and Spanish Child Care Facility Roster			
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 10/05	REPLACES 7/99	<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 <input checked="" type="checkbox"/> Use until exhausted <input type="checkbox"/> Destroy	
USE NEW FORM <input type="checkbox"/> When supply available in DSS Warehouse <input checked="" type="checkbox"/> Use new form effective <u>10/05</u>	
USE FORM IN ACCORDANCE WITH <input type="checkbox"/> All County Letter No. <input type="checkbox"/> Other (specify)	

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 11 x 8 1/2, one sided.

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) 651-8876 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

**CHILD CARE FACILITY ROSTER
(RETAIN FOR 3 YEARS)
CHILD CARE CENTERS, INFANT CARE
CENTERS, SCHOOL AGE CENTERS
AND FAMILY CHILD CARE HOMES**

NOTE: This roster must be kept in a central location at the facility, updated as needed and made available to the licensing agency upon request.

Health and Safety Code Section 1596.841 requires that each child care facility maintain a current roster of children who are provided care in the facility. The roster shall include the child's name, address, names and day phone numbers of the parent(s) or guardian(s) and name and phone number of the child's physician. This is an optional form that may be used for this purpose.

FACILITY NAME:

FACILITY LICENSE NUMBER:

DATE/UPDATE:

CHILD'S NAME/ BIRTHDATE	ADDRESS	PARENT/GUARDIAN NAME(S)	DAYTIME PHONE OF PARENT/GUARDIAN	PHYSICIAN NAME AND PHONE	DATE ENROLLED	DATE LEFT

LISTA DE NIÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (SE TIENE QUE GUARDAR POR TRES AÑOS) GUARDERIAS INFANTILES, CENTROS DE CUIDADO PARA BEBES, CENTROS DE CUIDADO PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR, Y HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

NOTA: Esta lista se tiene que guardar en un lugar central del establecimiento. Tiene que ser actualizada cuando sea necesario y estar disponible cuando la oficina de licenciamiento la pida.

La Sección 1596.841 del Código de Salud y Seguridad estipula que cada establecimiento para el cuidado de niños tiene que mantener una lista actual de los niños a los cuales se proporciona cuidado en el establecimiento. La lista incluirá el nombre y dirección del niño(a), los nombres y números de teléfono durante el día de los padres/tutores legales, y el nombre y número de teléfono del doctor del niño. Este es un formulario opcional que se puede usar para este propósito.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			NUMERO DE LA LICENCIA DEL ESTABLECIMIENTO	FECHA/FECHA DE ACTUALIZACION		
NOMBRE DEL NIÑO(A)/ FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	NOMBRE(S) DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	NUMERO DE TELEFONO DURANTE EL DIA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DEL DOCTOR	FECHA EN QUE SE INSCRIBIO	FECHA EN QUE SE FUE