

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ НА ЦЕНТР ПО ПРИСМОТРУ ИЛИ НА УЧРЕЖДЕНИЕ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ПОЖИЛЫМИ ((Community Care Facility or Residential Care Facility) (См. инструкции на следующей странице)

## FOR DEPARTMENT USE ONLY (Для служебного пользования)

ВЕРНУТЬ В:

DISTRICT: _____		FACILITY NUMBER: _____	
COUNTY: _____		DATE: _____	
ACTION TYPE: _____		FACILITY TYPE: _____	
REVIEWED BY: _____		FACILITY TYPE: _____	
1. ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ/ИМЕНА ЗАЯВИТЕЛЕЙ (ПОЖАЛУЙСТА, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)		2. ЗАПРАШИВАЕМОЕ ДЕЙСТВИЕ (ОТМЕЙТЕ ОДНО)	
_____		<input type="checkbox"/> А. НОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ <input type="checkbox"/> Е. ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА СПЯЩИХ ПОСЛЕДНЕГО НА АМБУЛАТОРНЫЙ	
_____		<input type="checkbox"/> В. ИЗМЕНЕНИЕ КОЛ-ВА МЕСТ <input type="checkbox"/> Ф. ИЗМЕНЕНИЯ В КОРПОРАЦИИ	
_____		<input type="checkbox"/> С. ИЗМЕНЕНИЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ <input type="checkbox"/> Г. ДРУГОЕ (УТОЧНИТЕ)	
3. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ		ГОРОД	ШТАТ
			ПОЧТ. ИНДЕКС
			КОД РЕГИОНА/ТЕЛЕФОН ( )
4. ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ			
<input type="checkbox"/> УЧРЕЖДЕНИЕ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ВЗРОСЛЫМИ <input type="checkbox"/> УЧРЕЖДЕНИЯ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ <input type="checkbox"/> УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ПОЖИЛЫМИ			
<input type="checkbox"/> АГЕНТСТВА ПО ВРЕМЕННОМУ УСЫНОВЛЕНИЮ <input type="checkbox"/> АГЕНТСТВА ПО УСЫНОВЛЕНИЮ <input type="checkbox"/> УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ			
<input type="checkbox"/> ПРОГРАММЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ <input type="checkbox"/> ДОМА ПО УХОДУ ЗА ГРУППОЙ ЛИЦ <input type="checkbox"/> МАЛЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОМ ПО ПРИСМОТРУ			
<input type="checkbox"/> ПЕРЕХОДНАЯ ПРОГРАММА ПО РАЗМЕЩЕНИЮ <input type="checkbox"/> УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ПРИСМОТРУ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (УТОЧНИТЕ) _____			
5. ПОДАТЕЛЬ ЗАЯВЛЕНИЯ:		А. ЛИЦО	В. ПАРТНЕРЫ/ТОВАРИЩЕСТВО
		С. БЕСПРИБЫЛЬНАЯ КОРПОРАЦИЯ	Г. КОРПОРАЦИЯ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
		Д. КОРПОРАЦИЯ ДЛЯ ПРИБЫЛИ	Е. ОКРУГ
		Ф. ДРУГОЕ ОБЩЕСТ. АГЕНТСТВО	
6. НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/АГЕНТСТВА		ЭЛ. ПОЧТА (ННЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	
7. АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ		ГОРОД	ОКРУГ
			ПОЧТ. ИНДЕКС
			АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ОБЩ-ТЕЛЕФОН ( )
8. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ		ГОРОД	ШТАТ
			ПОЧТ. ИНДЕКС
9. АДМИНИСТРАТОР ИЛИ ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО УЧРЕЖДЕНИЯ		ДОЛЖНОСТЬ	
10. НА СКОЛЬКО ЛИЦ ЗАПРАШИВАЕТЕ ЛИЦЕНЗИЮ		10А. КОЛ-ВО НЕ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ (ЕСЛИ ЕСТЬ)	10Б. КОЛ-ВО ЛЕЖАЧИХ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ НЕ МОГУТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОВЕРНУТЬСЯ ИЛИ ПОМЕНЯТЬ ПОЛОЖЕНИЕ В ПОСТЕЛИ (ЕСЛИ ЕСТЬ)
11. ТОЛЬКО ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ:			
КОЛИЧЕСТВО МЛАДЕНЦЕВ (В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 2 ЛЕТ) _____ ДЕТЕЙ (В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 17 ЛЕТ) _____			
12. ДНИ И ЧАСЫ РАБОТЫ:		13. ВЛАДЕНИЕ ЗДАНИЕМ:	
		<input type="checkbox"/> СОБСТВЕННОСТЬ <input type="checkbox"/> АРЕНДА <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (УТОЧНИТЕ) _____	
13А. ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ХОЗЯИНА ЗДАНИЯ, ЕСЛИ ВЫ АРЕНДУЕТЕ ПОМЕЩЕНИЕ:			
14. ИМЕЛО ЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛИЦЕНЗИЮ РАНЕЕ ?		ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ И НОМЕР УЧРЕЖДЕНИЯ	НАЗВАНИЕ ЛИЦЕНЗИРУЮЩЕГО АГЕНТСТВА:
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
15. ТРЕБУЕТСЯ ЛИ КРУПНОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО?		ДАТА НАЧАЛА СТРОИТЕЛЬСТВА: _____	16. ИСТОЧНИК ВОДОСНАБЖЕНИЯ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ НУЖД
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ДАТА ОКОНЧАНИЯ: _____	<input type="checkbox"/> ОБЩЕСТВЕННЫЙ <input type="checkbox"/> ЧАСТНЫЙ
17. НИЖЕ УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ О ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПО ПРИСМОТРУ ИЛИ МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ ДЕЙСТВОВАВШИЕ РАНЕЕ ИЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. ОБРАТИТЕСЬ К ИНСТРУКЦИИ. НАЗВАНИЕ И НОМЕР УЧРЕЖДЕНИЯ			
НАЗВАНИЕ ЛИЦЕНЗИРУЮЩЕГО АГЕНТСТВА			
А. _____			
В. _____			
18. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ЛИЦЕНЗИАТА:			
А. В ДОПОЛНЕНИЕ К СОБЛЮДЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЙ КОДЕКСА ПО ЗДОРОВЬЮ И БЕЗОПАСНОСТИ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ И ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ, Я/МЫ ПОНИМАЕМ, ЧТО СУЩЕСТВУЮТ ДРУГИЕ ЗАКОНЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА, ШТАТА И ОКРУГА, ИСПОЛНЕНИЕ КОТОРЫХ НЕ НАХОДИТСЯ В ЮРИСДИКЦИИ ДАННОГО АГЕНТСТВА, НО КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ, ТАКИЕ КАК: ТРЕБОВАНИЯ К ЗОНИРОВАНИЮ, СТРОИТЕЛЬСТВУ, САНИТАРНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, И ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА.			
В. Я/МЫ ПРОЧИТАЛИ(И) И ПОНИМАЮ(ЕМ) ЗАКОНЫ И НОРМАТИВЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К МОЕЙ/НАШЕЙ ЛИЦЕНЗИОННОЙ КАТЕГОРИИ, ПЕРЕД ВЫДАЧЕЙ МОЕЙ/НАШЕЙ ЛИЦЕНЗИИ.			
С. Я/МЫ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ВСЕ ЛИЦА, У КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СНЯТЫ ОТПЕЧАТКИ ПАЛЬЦЕВ, ТАКЖЕ ПОЛУЧИЛИ РАЗРЕШЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ ИЛИ ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОВЕРКИ КРИМИНАЛЬНОГО ПРОШЛОГО ДО ТОГО, КАК ОНИ ПРИСТУПАЮТ К РАБОТЕ, ПРОЖИВАНИЮ ИЛИ ПРИСУТСТВИЮ НА ТЕРРИТОРИИ УЧРЕЖДЕНИЯ, КАК ТРЕБУЕТСЯ ПО ЗАКОНУ.			
Д. ЕСЛИ Я/МЫ УПРАВЛЯЕМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ПО ПРИСМОТРУ ЗА ДЕТЬМИ, Я/МЫ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ВСЕ ЛИЦА, У КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СНЯТЫ ОТПЕЧАТКИ ПАЛЬЦЕВ, ТАКЖЕ ПОДАЛИ В МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ ФОРМУ ПРОВЕРКИ НА ОТСУТСТВИЕ ФАКТОВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ.			
Е. Я/МЫ ПОЛУЧИМ УТВЕРЖДЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРУЮЩЕГО АГЕНТСТВА ДО СОВЕРШЕНИЯ ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ УСЛОВИЙ ИМЕЮЩЕЙСЯ ЛИЦЕНЗИИ			
19. Я/МЫ ПОНИМАЕМ, ЧТО МЫ ИМЕЕМ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЛЮБОЕ РЕШЕНИЕ, ПРИНЯТОЕ В ПРОЦЕССЕ РАССМОТРЕНИЯ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ.			
20. СОЗНАВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДАЧУ ЛОЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ, Я/МЫ ЗАЯВЛЯЕМ, ЧТО СВЕДЕНИЯ, УКАЗАННЫЕ В ДАННОМ ЗАЯВЛЕНИИ И ПРИЛАГАЕМЫХ ФОРМАХ ВЕРНЫ, НАСКОЛЬКО МНЕ/НАМ ЭТО ИЗВЕСТНО.			
21. Я/МЫ УПОЛНОМОЧЕНЫ/Ы ПОДПИСАТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ.			
ПОДПИСАНОД _____	ТИТУЛ _____	ОКРУГ, В КОТОРОМ ПОДПИСАНО _____	ДАТА _____
ПОДПИСАНОД _____	ТИТУЛ _____	ОКРУГ, В КОТОРОМ ПОДПИСАНО _____	ДАТА _____

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЦЕНЗИИ НА ЦЕНТР ПО ПРИСМОТРУ

Печатайте или пишите разборчивыми буквами. Приготовьте заявление в двух экземплярах. Верните оригинал и для себя сохраните копию. Приложите к этой анкете все указанные формы и документы, включая подчеркнутые ниже.

1. Заявитель(и): Укажите имя/имена лиц(а) или организации, несущей юридическую ответственность за учреждение. Укажите полные имена. Частные лица обязаны указать фамилию, имя и среднее имя. Если данное заявление заполняется совместно, все заявители должны подписать его. Частные лица, каждый партнер и главный исполнительный директор или уполномоченный представитель фирмы, ассоциации, корпорации, округа, города, общественного органа или государственной организации должны заполнить Информацию заявителя (LIC 215). Корпорации и другие организации также заполняют форму Административные организации (LIC 309).
2. Запрашиваемое действие: Отметьте соответствующий квадрат.
3. Почтовый адрес заявителя: Укажите юридическое местожительство частных лиц и адрес главного офиса корпорации. Главный партнер указывает основной адрес бизнеса. Остальные партнеры указывают основной адрес бизнеса на бланке Информации заявителя (LIC 215). Укажите код региона вместе с номером телефона.
4. Вид агентства или учреждения: Отметьте соответствующий квадрат для указания вида учреждения, как определено в правилах California Code of Regulations, Title 22. Если не знаете, укажите название, которое обычно используется для определения данного вида учреждения, в разделе обозначенном "другое".
5. Податель заявления: Отметьте соответствующий квадрат.
6. Наименование учреждения/агентства: Укажите назначенное имя единичного учреждения, на которое подается заявление. Если это агентство, укажите название агентства, оказывающего услуги.
7. Адрес учреждения: Укажите физический адрес учреждения. Если заявитель имеет более одного учреждения, отдельное заявление должно быть заполнено и подано на каждое учреждение. Укажите код региона вместе с номером телефона.
8. Почтовый адрес учреждения: Укажите адрес, по которому будет отправляться вся корреспонденция из департамента/лицензирующего агентства.
9. Ответственное лицо учреждения: Укажите имя и должность лица, непосредственно руководящего учреждением. Если руководитель еще не назначен, напишите "Неизвестно".
10. Запрашиваемые вместимость: Укажите общее количество лиц, которым будут оказываться услуги по присмотру в любое время суток.
- 10A. Если применимо, укажите число коек доступных для лежачих больных, неспособных самостоятельно передвигаться, но которым не нужна помощь поворачиваться или менять положение в постели.
- 10B. Если применимо, укажите число коек доступных для лежачих больных, неспособных самостоятельно передвигаться, которые не могут самостоятельно поворачиваться или менять положение в постели.
11. Только для учреждений по присмотру за детьми: Запрашивающие лицензию на учреждение по присмотру за детьми: укажите количество младенцев и количество детей, за которыми будут присматривать.
12. Дни и часы работы: Укажите дни и часы работы учреждения.
13. Владение зданием, в котором расположено учреждение: Отметьте соответствующий квадрат.
- 13a. Контроль/управление зданием: Если заявитель(и) арендует здание, укажите имя, адрес и номер телефона владельца здания, где располагается учреждение.
14. Было ли учреждение лицензировано в прошлом? Отметьте ДА или НЕТ. Если да, укажите название учреждения, номер лицензии и название агентства, выдавшего лицензию.
15. Требуется ли крупное строительство? Укажите, должно ли учреждение быть построено или оно требует большой перестройки. Если да, укажите, когда строительство должно начаться и закончиться.
16. Источник водоснабжения для человеческих нужд? Отметьте ОБЩЕСТВЕННЫЙ или ЧАСТНЫЙ источник водоснабжения.
17. Другие учреждения: Разделы правил H & S Code Section 1520(d), 1568.04(b) и 1569.15(d) требуют, чтобы заявитель указал предыдущую или настоящую работу в должности администратора, генерального партнера, корпоративного офицера, директора или лица, которое занимало или занимает в настоящее время доверительное управление 10 процентами или более в любом общественном учреждении по присмотру, учреждении по присмотру за хронически больными, учреждении по присмотру за пожилыми или учреждении по медицинскому присмотру (приложите отдельные листы бумаги для указания дополнительных учреждений).
- 18., 19, и 20. Заявление лицензиата/заявителя об ответственности за соблюдение всех применимых законов и постановлений.
21. ПОДПИСИ ВСЕХ ЗАЯВИТЕЛЕЙ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ЛИЦ (НАПР., ГЛАВНЫЕ ПАРТНЕРЫ В КОМПАНИИ, ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР, ИЛИ ДОЛЖНЫМ ОБРАЗОМ НАЗНАЧЕННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ КОРПОРАЦИИ, ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИИ, И Т.П.).