NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-082

DATE
03/08/2004

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 500 - Personnel Report
LIC 500 (SP) - Personnel Report

ORDER UNIT		ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT
MASTER ONLY	☒ Free ☐ Sold		☐ Yes ☒ No
☐ New ☒ Revised	DATE OF FORM 11/03	REPLACES 6/00	☐ Obsolete

REQUIRED FORM-
☒ No Change Permitted

REQUIRED FORM-
☐ Substitute Permitted With Prior DSS Approval
☐ Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:
Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788

☐ 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 11/03

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.

PERSONNEL REPORT

INSTRUCTIONS: *This form is intended for keeping a current roster of all the facility personnel, other adults and licensees residing in the facility, including backup persons, volunteers and licensee if administrator/director. Show license/certificate number if applicable for specialized staff [e.g., Social Worker and other consultant(s)]. Show coverage for twenty-four hour supervision in residential facilities. Report any changes in personnel to the licensing agency as required by regulations. Send original to Licensing Agency and retain copy in facility file.*

NAME OF FACILITY	FACILITY TYPE	FACILITY NUMBER

PREPARED BY	DATE

A. **STAFF SUBJECT TO CRIMINAL BACKGROUND CHECK REQUIREMENTS:** The following staff members are subject to a criminal background check pursuant to Sections 1522, 1568.09, 1569.17 and 1596.871 of the Health and Safety Code. A California background clearance or a criminal record exemption shall be obtained prior to employment, residence or initial presence in the facility.

NAME	DATE EMPL'D	JOB TITLE	SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY			SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY			SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY		
			DAYS	FROM	TO	DAYS	FROM	TO	DAYS	FROM	TO
Licensee/Administrator											

B. STAFF EXEMPT FROM CRIMINAL BACKGROUND CHECK REQUIREMENTS: The following are believed exempt from criminal background check requirements pursuant to Sections 1522, 1568.09, 1569.17 and 1596.871 of the Health and Safety Code. The licensee or designated representative shall sign below to verify that he or she believes the indicated persons are exempt from criminal background check requirements pursuant to statute.

Signature ______________________________ Date ______________

NAME	DATE EMPL'D	JOB TITLE	SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY			SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY			SPECIFY DAYS AND HOURS ON DUTY		
			DAYS	FROM	TO	DAYS	FROM	TO	DAYS	FROM	TO

REPORTE DEL PERSONAL

INSTRUCCIONES: *El propósito de este formulario es mantener un registro actual de todos los miembros del personal en el establecimiento y de otros adultos y personas con licencia que estén viviendo en el establecimiento, incluyendo a las personas alternas, voluntarios, y la persona con licencia si es el administrador/director. Indique el número de licencia/certificado si es pertinente en relación a los empleados especializados (por ejemplo, trabajadores sociales y otros consejeros). Indique las horas que se trabajan durante las veinticuatro horas de supervisión en los establecimientos residenciales. Reporte cualquier cambio de empleados a la oficina de licenciamiento, como lo requieren los ordenamientos. Envíe el original a la oficina de licenciamiento y guarde una copia en el expediente del establecimiento.*

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CLASE DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO

PREPARADO POR	FECHA

A. EMPLEADOS QUE ESTAN SUJETOS A UNA REVISION DE ANTECEDENTES PENALES: Los siguientes empleados están sujetos a una revisión de antecedentes penales de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad. Antes de emplear a alguien, o antes de su presencia inicial o de su residencia en un establecimiento, se obtendrá una aprobación o una exención de California en relación a los antecedentes penales.

NOMBRE	FECHA EN QUE FUE EMPLEADO(A)	TITULO DEL PUESTO	ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO		
			DIAS	DE	A	DIAS	DE	A	DIAS	DE	A
Persona con licencia/administrador											

B. EMPLEADOS EXENTOS DE LOS REQUISITOS DE REVISION DE ANTECEDENTES PENALES: Se cree que las siguientes personas están exentas de los requisitos relacionados con la revisión de antecedentes penales, de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad. La persona con licencia o el representante designado firmará abajo para verificar que él o ella cree que las personas indicadas están exentas de los requisitos relacionados con la revisión de antecedentes penales, de acuerdo con los estatutos.

Firma ____ Fecha ____________________

NOMBRE	FECHA EN QUE FUE EMPLEADO(A)	TITULO DEL PUESTO	ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO			ESPECIFIQUE LOS DIAS Y HORAS DE SERVICIO		
			DIAS	DE	A	DIAS	DE	A	DIAS	DE	A