REPORTE DEL PERSONAL

INSTRUCCIONES: *El propósito de este formulario es el mantenimiento de 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 (p. ej., trabajador social y otros consultores). Indique las horas que se trabajan durante las veinticuatro horas de supervisión en los establecimientos residenciales. Reporte cualquier cambio en empleados a la oficina de licenciamiento, como lo requieren los ordenamientos. Envíe la copia 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. LOS EMPLEADOS A LOS QUE SE LES REQUIERE TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES: A los siguientes empleados se les requiere una aprobación de antecedentes penales, de acuerdo con las Secciones 1522, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad. Las huellas digitales y el formulario LIC 198*, *"Child Abuse Central Index Check"* (revisión de la lista central de personas con antecedentes de abuso de niños), se entregarán al Departamento de Justicia antes del empleo, residencia o presencia inicial en el establecimiento.

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. LOS EMPLEADOS A LOS QUE NO SE LES REQUIERE TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES: Se cree que las siguientes personas están exentas de los requisitos relacionados con los antecedentes penales, de acuerdo con las Secciones 1522, 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 los 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