



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Solicitud de Licencia para Operar una Agencia
de Servicios Diurnos para Adultos

Instrucciones: Esta solicitud debe completarse en su totalidad. Adjunte páginas adicionales según sea necesario. No deje espacios en blanco. Si no está seguro de cómo responder alguna pregunta, puede comunicarse con: . Si la pregunta no es pertinente en su caso, márkela como "N/A" (No corresponde). Para cualquier pregunta que requiera espacio adicional, adjunte hojas adicionales.

Fecha de recibo	
Cuota pagada	
# de cheque/giro postal	
# de recibo	

(Escriba a máquina o en letra de imprenta)

Información personal				
Nombre de la Agencia de Servicios Diurnos para Adultos		Número de FEIN	Extensión	Número de teléfono
Dirección de la agencia: calle y número		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL
Dirección postal de la agencia		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL
Nombre del solicitante			Número de teléfono	
Dirección del solicitante		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL
Número de licencia de conducción	Estado emisor de la licencia	Número de Seguro Social	Dirección de correo electrónico del solicitante o la agencia	

Organización empresarial

Para todos los tipos de organización marcados con * se deben adjuntar copias de toda la documentación presentada a la oficina del Secretario de Estado de Tennessee.

Nombre legal completo y denominación comercial o nombre del negocio:				
Organización jurídica (marque solo una):				
<input type="checkbox"/> Propietario único <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada (L.L.P.)* <input type="checkbox"/> Agencia pública (todo o parte de la agencia es propiedad o está operada por una entidad del gobierno)				

Agencia patrocinadora del gobierno		Nombre completo de la persona de contacto de la agencia		
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono

Franquicia

Nombre completo de la empresa matriz		Nombre completo de la persona de contacto de la empresa		
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono

Empresa (marque uno de los siguientes)

Pública sin fines de lucro

Agencia patrocinadora del gobierno		Nombre completo de la persona de contacto de la agencia:		
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono

- Privada sin fines de lucro*
- Con fines de lucro*
- Empresa de responsabilidad limitada*

Otro* (describir la organización empresarial):

--

¿El tipo de categoría jurídica de la organización ha cambiado desde la emisión de la última licencia (únicamente para renovaciones)? Sí No

En caso afirmativo, indique el tipo de categoría jurídica previa de la organización:

Indique todos los propietarios (Adjunte una lista de los propietarios adicionales):

Nombre completo:		Número de Seguro Social: - -	
Dirección		Ciudad	Estado
CÓDIGO POSTAL			
Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono de la casa	Otro número de teléfono	

Indique los nombres, las ubicaciones (Ciudad/Estado) y fechas de servicio para cada agencia de servicios diurnos para adultos que la persona haya operado, de la cual haya sido propietario, empleado, o voluntario:

Nombres	Ubicaciones (Ciudad/ estado)	Fechas de servicio

Indique todos los miembros de la Autoridad de Supervisión (por ejemplo, Consejo de Administración):

Nombre		Puesto y Cargo		Número de teléfono del trabajo	
Dirección		Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	

Indique los nombres, las ubicaciones (Ciudad/Estado) y fechas de servicio para cada agencia de cuidado infantil que la persona haya operado, de la cual haya sido propietario, empleado, o voluntario:

Nombres	Ubicaciones (Ciudad/ estado)	Fechas de servicio

Adjunte una lista de miembros adicionales

Información de la solicitud inicial

Complete esta sección si es la solicitud inicial del Director

Nombre del Director:							
Educación:	<input type="checkbox"/> GED (equivalencia general)	<input type="checkbox"/> Título de Bachillerato	<input type="checkbox"/> Título de Universitario	<input type="checkbox"/> (Técnico medio)	<input type="checkbox"/> (Licenciatura)	<input type="checkbox"/> (Maestría)	<input type="checkbox"/> Otro

Nombre de la escuela (Adjunte copia del diploma/certificado/constancia de calificaciones)

Nombre de la escuela		Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL
----------------------	--	-----------	--------	--------	---------------

Educación especializada relacionada con el cuidado infantil:

--

Experiencia de trabajo en servicios sociales, de salud y/o área relacionada: (Indique la experiencia más reciente primero, adjunte hojas de papel adicionales de ser necesario):

		- -	/ / a / /
Empleador	Persona a contactar	Número de teléfono:	Fechas de empleo
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

		- -	/ / a / /
Empleador	Persona a contactar	Número de teléfono:	Fechas de empleo
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

		- -	/ / a / /
Empleador	Persona a contactar	Número de teléfono:	Fechas de empleo
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

		- -	/ / a / /
Empleador	Persona a contactar	Número de teléfono:	Fechas de empleo
Dirección	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

Adjunte una copia de su currículum vitae si lo tiene disponible

Referencias: (Indique tres (3) que no sean familiares con la dirección completa y los números de teléfono diurno)

		- -
Nombre	Dirección	Número de teléfono

		- -
Nombre	Dirección	Número de teléfono

		- -
Nombre	Dirección	Número de teléfono

Programa y Servicios

¿Cuál es su población destinataria?

Describa su programa EN DETALLE:

¿Su agencia es una agencia acreditada? Sí
 No

En caso afirmativo, organización acreditadora:

- Número y tipo de comidas y meriendas que se servirán:
- ¿Usted participa en el Programa de Alimentos para Cuidado Infantil y de Adultos? Sí No
- ¿Prepara y sirve comidas,
 sirve comidas encargadas, o
 los participantes tienen que traer su propio almuerzo?
- Describa las medidas que ha adoptado para la planificación y preparación de los alimentos (por ej.: zona de preparación de alimentos, cocinero, consulta con un nutricionista) o el servicio interno de alimentos (por ej.: donde los participantes comen, personal de apoyo)

1. Proporcione una lista exhaustiva de los servicios ofrecidos a los participantes y las familias: (es decir: atención de enfermería especializada, terapia física u ocupacional, transporte, coordinación de casos, transporte, actividades fuera del centro)

2. Indique las cuotas adicionales impuestas y el monto de cada una, por ej.: cuota de evaluación, cuota de inscripción, cuota de transporte, cuota de las terapias.

Servicio	Cuota	Servicio	Cuota	Servicio	Cuota

1. Si la agencia proporciona transporte, describa los planes de transporte, los procedimientos y los vehículos utilizados en el transporte. Incluya los números de matrícula de todos los vehículos:

2. ¿Tiene contrato con terceros para proporcionar algún programa o servicio? Ejemplo: Transporte; Terapia física, ocupacional, del arte o musicoterapia Sí No

En caso afirmativo, describa:

3. Debe adjuntar una copia legible de todos los contratos de los programas y servicios para los servicios diurnos para adultos. Indique las tarifas y la frecuencia de las tarifas: horario completo, horario parcial, diario, semanal, mensual, etc.

Tarifa	Frecuencia	Tarifa	Frecuencia	Tarifa	Frecuencia
Tarifa	Frecuencia	Tarifa	Frecuencia	Tarifa	Frecuencia

Días de funcionamiento:	Lunes <input type="checkbox"/>	Martes <input type="checkbox"/>	Miércoles <input type="checkbox"/>	Jueves <input type="checkbox"/>	Viernes <input type="checkbox"/>	Sábado <input type="checkbox"/>	Domingo <input type="checkbox"/>
	am	am	am	am	am	am	am
Horarios de funcionamiento:	a	a	a	a	a	a	a
	pm	pm	pm	pm	pm	pm	pm

Días feriados:

¿Aceptan inscripción a horario parcial? Sí No

Indique todas las fuentes de financiamiento:	Pago privado <input type="checkbox"/>	Programa de exención de Medicaid <input type="checkbox"/>	SSBG <input type="checkbox"/>	Seguro de atención a largo plazo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------------	---	-------------------------------	---	-------------------------------

1. Requisitos de admisión y procedimientos de inscripción:

2. Prestación de atención médica de emergencia:

Seguro

Seguro de responsabilidad civil de automóvil:

Nombre de la aseguradora	
Número de póliza:	Fecha de vencimiento:

Seguro de responsabilidad civil general:

Nombre de la aseguradora	
Número de póliza:	Fecha de vencimiento:

¿Ha habido algún cambio en las siguientes áreas en este año que pasó?

1. ¿La agencia ha cambiado su política de admisión? Sí No

2. ¿Su agencia ha realizado algún cambio en la participación familiar/las actividades educativas? Sí No

3. Horarios de funcionamiento Sí No

4. Uso de habitaciones Sí No

5. Programa Sí No

6. Filosofía o políticas del programa Sí No

7. Actividades del programa Sí No

8. Otro (explique):

Si marcó "sí" alguna de las preguntas del 1 al 8, explique los cambios realizados.

Registros y cualificaciones del personal

Nombre y puesto del empleado	Fecha en que empezó a trabajar	Fecha en que se presentó muestra de las huellas	Horas de capacitación durante este año de la licencia	Años de experiencia	Máximo nivel de educación	Fecha del examen físico	Fecha de orientación del empleado	Fecha del certificado de reanimación cardiopulmonar	Fecha del certificado de primeros auxilios	Fecha de la evaluación del empleado	Fecha de verificación del historial laboral	Fecha de verificación de las referencias

Nombre y puesto del empleado	Fecha en que empezó a trabajar	Fecha en que se presentó muestra de las huellas	Horas de capacitación durante este año de la licencia	Años de experiencia	Máximo nivel de educación	Fecha del examen físico	Fecha de orientación del empleado	Fecha del certificado de reanimación cardiopulmonar	Fecha del certificado de primeros auxilios	Fecha de la evaluación del empleado	Fecha de verificación del historial laboral	Fecha de verificación de las referencias

Plantilla

Utilice el siguiente diagrama para describir la manera en que se distribuye el personal en el programa. Para cada hora del día, indique el número de participantes inscritos en el grupo, los empleados asignados al grupo, y las horas trabajadas por cada uno de los empleados. Un grupo es el número de participantes asignados a un empleado o equipo de empleados que ocupan una sala individual o espacio bien definido dentro de una sala más grande. Si su programa no está organizado en salas individuales, sino que emplea una estructura organizativa de espacio abierto, y/o permite el libre desplazo de los participantes entre un espacio y otro, adjunte información clara acerca de la disposición del entorno (un plano de plantas) y la manera en que se agrupa a los participantes en el mismo. Aclare la manera en que se satisfacen los requisitos de personal (proporción de adulto a participante) en este entorno. Ver los ejemplos a continuación. Haga copias adicionales según sea necesario para cada grupo.

EJEMPLOS DE PLANTILLA

AM	NÚMERO DE EMPLEADOS DE ATENCIÓN DIRECTA Y PARTICIPANTES CADA HORA												PM
6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00
0	1:2	1:8	2:10	2:10	2:10	2:10	2:10	2:9	2:9	1:5	1:5	1:2	
Horarios de cada empleado Julie (7:30 – 3:30) M. Smith (8:00 – 12:00) Marty (12:00 – 6:30)													

PLANTILLA

AM	NÚMERO DE PARTICIPANTES INSCRITOS CADA HORA												PM
6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00
Horarios de cada empleado													

Declaraciones

Declaro que soy el propietario o el representante autorizado del propietario de la agencia de servicios diurnos para adultos y la información proporcionada es exacta, correcta y completa a mi leal saber y entender.

He leído y entendido las normas por las que mi agencia se tiene que regir para su funcionamiento, y me propongo mantener el cumplimiento de las mismas.

Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede traer como resultado la denegación de la solicitud o la revocación de la licencia actual, y además constituye un delito menor de clase A, de conformidad con las disposiciones del artículo 71-3-505(c)(1)(3) y (4) del T.C.A.

Entiendo que *cualquier* cambio de propietario o de la organización de la empresa **automáticamente cancela** la licencia de servicios diurnos para adultos. Entiendo que estoy obligado a notificar al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) *antes de* hacer algún cambio de propietario o de la organización de la agencia de servicios diurnos para adultos.

“Entiendo que, con mi firma, autorizo al TDHS a verificar la información suministrada en esta solicitud. Estoy de acuerdo en cumplir con las normas de acreditación del TDHS y las leyes de acreditación (artículo 71-2-401 y subsiguientes del T.C.A.). Entiendo que la cuota correspondiente deberá ser presentada al TDHS cuando presente la solicitud para la licencia para operar un centro de servicios diurnos para adultos, y esta **no es reembolsable**.”

Cuota de solicitud

He solicitado una licencia de servicios diurnos para adultos para operar el siguiente tipo agencia y acuerdo presentar la cuota anual indicada a través de cheque bancario o giro postal pagadero a **Treasurer, State of Tennessee (Adult Day Services license)**. Envíe por correo su solicitud y el pago a:

Adult Day Services Center			Adult Day Services Center			Adult Day Services Center		
Cinco (5) a Diecinueve (19) Participantes			Veinte (20) a Cien (100) participantes			Más de cien (100) participantes		
<input type="checkbox"/>	Cuota anual	\$125	<input type="checkbox"/>	Cuota anual	\$200	<input type="checkbox"/>	Cuota anual	\$400

Apoyo a los beneficiarios de Medicaid: las agencias que desean prestar servicios a los beneficiarios de Medicaid ahora o en el futuro (incluidos clientes de pago privado que pasen a tener Medicaid) deben ser declaradas en cumplimiento con todas las normas correspondientes a los entornos de Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) para poder recibir reembolsos de Medicaid para las personas con Medicaid a las que prestan servicios. Más información acerca de los requisitos de las normas correspondientes a los entornos de HCBS puede encontrarse en la página web de Servicios diurnos para adultos del DHS en la sección de Recursos para proveedores.

Firme a continuación:

Imprima el nombre de la persona que completa el formulario	Cargo
Firma del director	Fecha
Imprima el nombre del propietario o representante autorizado (la firma del propietario o representante autorizado es obligatoria):	Fecha
Firma del propietario o representante autorizado	Fecha