

# SOLICITUD DE EXCEPCION

## PROVEEDOR

El proveedor es el adulto responsable de cumplir con las normas que rigen los hogares familiares certificados.

Nombre del Proveedor:		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

## REGLA

Regla para la cual el proveedor solicita una excepción.

Referencia a la regla: IDAPA 16, Titulo 03, Capitulo 19, Sección/Subsección:
--

## JUSTIFICACIÓN

Narraciones que justifican las razones para otorgar una excepción a la regla identificada anteriormente.

<p>Buena Causa / Circunstancia Extenuante: <i>Por favor explique la razón por cual está buscando una excepción, incluya por qué es difícil cumplir con la regla en su situación.</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Factores de Compensación: <i>Explique cómo usted va a garantizar la seguridad y el bienestar de sus residentes aunque no pueda cumplir con esta regla.</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## CONDICIONES ESPECIALES (Esta sección será completado por el personal del Departamento)

Requisitos que se implementarán como condiciones para que el proveedor opere la casa familiar certificada bajo la excepción identificada anteriormente.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**RECONOCIMIENTO DEL RESIDENTE**

*Confirmación de que el residente ha sido informado y está de acuerdo con la solicitud de esta excepción.*

<p>Mi firma indica los siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me han informado sobre esta solicitud de excepción;</li> <li>• Entiendo que la excepción a esta regla puede afectar mi arreglo de este hogar;</li> <li>• Se me ha informado o se me informará sobre cualquier condición especial relacionada con esta excepción;</li> <li>• Soy competente para tomar decisiones sobre mi arreglo de este hogar;</li> <li>• Solicito este arreglo de vivienda específico; y</li> <li>• No he sido obligado a hacer esta solicitud</li> </ul>	
NOMBRE DEL RESIDENTE(S)	FIRMA DEL RESIDENTE(S) O REPRESENTANTE

**VERIFICACIÓN DE SOLICITUD**

*Confirmación de que el proveedor acepta cumplir las condiciones especiales y garantizar la salud y seguridad de los residentes.*

<p>Al solicitar esta excepción, estoy asegurando que la salud y la seguridad de los residentes no se pondrán en peligro si la excepción se concede.</p>	
<p>Estoy de acuerdo en cumplir con las condiciones especiales que el Departamento otorga para otorgar esta excepción.</p>	
<p>Entiendo que esta excepción caduca como se indica a continuación, y debo enviar una nueva solicitud para renovar esta excepción. Si una excepción caduca sin renovación, cumpliré con la regla.</p>	
<p>Entiendo que, si el Departamento otorga esta excepción, no se considera un precedente y no se le otorgará ningún efecto en ningún otro procedimiento.</p>	
Firma del Proveedor:	Fecha:

**DEPARTMENT DETERMINATION (To be completed by Department staff only)**

*The Department's review and determination of whether or not to grant this request for an exception*

<p>Determination: This request for an exception is <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied</p>	
Effective Date:	Expiration Date*:
<p>*If there is no expiration date, the Department is granting a permanent waiver to the provider for this rule.</p>	
<p>This exception is effective as indicated above unless the Department revokes this variance or waiver.</p>	
Program Manager Signature:	Date: