



## ***Federación de Instituciones de Cuidado Prolongado, Inc.***

P.O Box 5017

Carolina, Puerto Rico 00986

**¡El equipo que trabaja para todos!**

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_ Fecha Solicitud Ingreso: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

-----  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Teléfono Institución: \_\_\_\_\_

Dirección Postal Institución: \_\_\_\_\_

Dirección Física Institución: \_\_\_\_\_

Número Licencia Departamento de la Familia: \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento: \_\_\_\_\_

Número Certificación Departamento de la Familia: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Número Licencia ASSMCA: \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento: \_\_\_\_\_

Número Licencia Departamento de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

-----  
Clasificación de la Institución:

Hogar Sustituto  Hogar Certificado  Institución Pequeña  Institución Mediana  Institución Grande

Hogar Salud Mental Adultos  Hogar Salud Mental Sintomatología Persistente

Hogar Salud Mental Geriátrico  Otro: \_\_\_\_\_ Capacidad aprobada: \_\_\_\_\_

Corporación registrada en Departamento de Estado: \_\_\_\_ con fines de lucro \_\_\_\_ sin fines de lucro

### **REQUISITOS DE MEMBRESÍA**

**Ser dueño con licencia vigente o en proceso de un hogar o institución de cuidado prolongado a personas de edad avanzada o adultos con impedimentos o adultos con necesidades especiales debidamente licenciado por el Departamento de la Familia, Administración de Servicios de Salud Mental contra la Adicción (ASSMCA) o Departamento de Salud. Cuota anual \$75.00**

FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Favor de enviar cheque o giro postal por la cantidad de \$75.00 y enviarlo con la hoja de membresía llena al P.O. Box 5017 Carolina, PR 00986. Se le enviará en o antes de dos semanas a vuelta de correo un certificado con su número de Federado. Favor de llenar todos los espacios que le aplican.

-----  
**PARA USO OFICIAL**

Nombre Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha Solicitud: \_\_\_\_\_

Número Socio: \_\_\_\_\_

Membresía: \_\_\_\_\_ Cuota anual: \_\_\_\_\_ Pago Pendiente: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_