

LICENSING DIVISION (LD)
Lista de verificación del expediente
(licencia de cuidado de crianza)
File Checklist (Foster License)

NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR			NÚMERO DE PROVEEDOR	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO , WA	CÓDIGO POSTAL	
He verificado los siguientes requisitos				
Licencia de conducir de todos los miembros del hogar que transportan a menores.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/> _____
Seguro automotriz de todos los miembros del hogar que transportan a menores.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/> _____
Detección de TB (incluyendo pruebas negativas de TB o documentación de un proveedor médico autorizado cuando se indique) de todos los adultos del hogar.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Exención <input type="checkbox"/>	
Exención de inmunización o vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros del hogar menores de edad.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Exención <input type="checkbox"/>	
Vacuna contra la tosferina o exención de vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros adultos del hogar (si cuida a niños menores de 2 años o médicamente frágiles).			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Exención <input type="checkbox"/>	
Vacuna contra la influenza (según el acuerdo) o exención de vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros del hogar.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Exención <input type="checkbox"/>	
Vacuna contra la rabia verificada para todos los perros, gatos y hurones.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Exención <input type="checkbox"/>	
Prueba aprobada de agua de pozo privado			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
			Otro <input type="checkbox"/> _____	
Este hogar cumple con la definición de la ICWA/WICWA de un hogar de cuidado de crianza indígena (verificación cargada).			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Todos los solicitantes recibieron la oportunidad de leer la publicación del aviso de no discriminación (HR_0012).			Sí <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____
Se concluyó la investigación de antecedentes de todos los miembros del hogar de 16 y 17 años de edad.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Se revisó FamLink para todos los miembros del hogar menores de 18 años.			Sí <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Investigaciones abiertas.			Ninguna <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____
Acuerdos de cumplimiento pendientes (DCYF 10-248)			Ninguno <input type="checkbox"/>	El proveedor se compromete a firmar un acuerdo de cumplimiento relacionado con <input type="checkbox"/> _____
Este estudio del hogar incluye adopción.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			N/A <input type="checkbox"/>	

He verificado los siguientes requisitos para adopción:

Actas de matrimonio, decretos de divorcio y actas de defunción.	Sí <input type="checkbox"/>
	N/A <input type="checkbox"/>
Comprobantes de ingresos.	Sí <input type="checkbox"/>
	N/A <input type="checkbox"/>
Informe médico del solicitante (DCYF 13-001) contestado por el proveedor médico.	Sí <input type="checkbox"/>
	N/A <input type="checkbox"/>

Comentarios adicionales

Firmas del personal de la LD/CPA

NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA		NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL LD/CPA	
FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA	FECHA	FIRMA DEL SUPERVISOR DE LD/CPA	FECHA