|  |  |
| --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | **FFN Solicitud de exención****FFN Waiver Request** |
| **Información del programa FFN** |
| Nombre del proveedor:       | N.° de ID del proveedor:       |
| Dirección Postal:       Ciudad:       Estado:       Código postal:       |
| Teléfono:       | Correo electrónico:       |
| Tipo de proveedor: Lugar del cuidado:  [ ]  Uno de sus abuelos o bisabuelos [ ]  Primo(a) [ ]  Hogar del proveedor [ ]  Hermano(a) adulto(a) [ ]  No familiar [ ]  Hogar del niño [ ]  Tío(a) o tío(a) abuelo(a) [ ]  Otro:       |
| **Detalles de la solicitud de exención (un WAC por formulario)** |
| Esta solicitud se refiere a una exención de la regla de cuidado exento de licencia, WAC #:      Descripción del WAC:  |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| Explique, con detalle, por qué solicita esta exención. Debe ser por una necesidad específica de brindar cuidados al niño o los niños. (Adjunte una página adicional si la necesita). |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| Explique, con detalle, cómo garantizará que la salud, el bienestar y la seguridad de todos los niños no se vean afectadas si se aprueba esta solicitud de exención. (Adjunte una página adicional si la necesita).  |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| Fechas solicitadas de exención de este WAC:       al       [ ]  Sin fecha de finalización**¡IMPORTANTE! Una exención solo entra en vigor cuando el licenciatario proveedor de FFN****recibe la notificación del DCYF de que la solicitud se ha aprobado.****El DCYF puede revocar la exención en cualquier momento.** |
| **Firma de la persona que presenta esta solicitud** | **Nombre en letra de molde**      | **Fecha**      |

Enviar a: Su especialista local en exención de licencias del DCYF.

El DCYF le devolverá esta solicitud con la decisión del departamento marcada en el espacio de la parte inferior.

|  |
| --- |
| **Sólo para uso del DCYF** |
| Esta solicitud de exención (excepción): [ ]  Se aprueba[ ]  No se aprueba porque: |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| **Firma del DCYF Puesto Fecha**              |