|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |