|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)  **Lista de verificación del expediente (relevo certificado)**  **File Checklist (Certified Respite)** | | |
|  | | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR | | NÚMERO DE PROVEEDOR | |
| **He verificado los siguientes requisitos:** | | | |
| El solicitante tiene al menos 18 años de edad. | | | |
| Identificación con fotografía expedida por el gobierno (licencia de conducir, si transportará a niños). | | | |
| Detección de TB (incluyendo pruebas negativas de TB o documentación de un proveedor médico autorizado cuando se indique). | | | |
| Seguro de vehículo, si transporta a niños. | | | Sí  N/A |
| Capacitación relacionada con necesidades específicas (por ejemplo, "Cuidado de niños con problemas de conducta físicamente agresiva" y "Cuidado de niños con problemas de conducta sexual"). | | | Sí  N/A  Otro |
| Exención de vacuna (DCYF 15-455) si está indicada por DCYF 15-822A Acuerdos de vacunación | | | Sí  N/A  Otro |
| Investigaciones abiertas. | | | Ninguna  Otro |
| **Comentarios adicionales** | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firmas** | | | |
| 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 |