|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | | LICENSING DIVISION (LD)  **Plan de capacitación individual**  **Individual Training Plan** | |
| Al momento de la renovación, usted tiene la obligación de haber concluido 24 horas de capacitación. Estas deben incluir por lo menos un curso de cada una de las siguientes categorías de competencias:   * Comprender y colaborar con el sistema de bienestar para niños * Crianza y administración de la familia * Conciencia propia y desarrollo del cuidador * Equidad racial y justicia social | | | |
| **Meta de la capacitación / Competencia:** Seleccione una opción. | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| **Meta de la capacitación / Competencia:** Seleccione una opción. | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| **Meta de la capacitación / Competencia:** Seleccione una opción. | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| **Meta de la capacitación / Competencia:** Seleccione una opción. | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| Curso: | | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE A | | | FECHA |
| FIRMA DEL SOLICITANTE A | | | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE B | | | FECHA |
| FIRMA DEL SOLICITANTE B | | | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA | FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA | | FECHA |