|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Solicitud de aprobación de desinfectante**  **Sanitizer/Disinfectant Approval Request** | | | |
| Si un proveedor de educación temprana o para niños en edad escolar, o su designado, usa un producto que no sea lejía, incluidas las toallitas, para desinfectar o desinfectar, el producto debe ser aprobado por DCYF antes de su uso. | | | | |
| Nombre del proveedor: | | | N.° de ID del proveedor: | |
| Dirección postal:       Ciudad:       Estado:       Código postal: | | | | |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | | |
| **Información sobre el desinfectante propuesto** | | | | |
| Nombre del producto: | | | | |
| Fabricante del producto:       N.° de registro de la EPA:  El producto debe estar registrado con la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA, por sus siglas en inglés) y no debe tener fragancia. | | | | |
| Escriba los tipos de superficies en las que se usará este producto (por ejemplo, superficies para consumo y preparación de alimentos, pisos, juguetes, baños y superficies para cambiar pañales, etc.) | | | | |
| *Si el departamento aprueba el uso de este producto según lo antes indicado, entiendo que debo cumplir los requisitos referentes a los desinfectantes aprobados por el departamento según lo establecido en WAC 110-300-0240(2)(f)(i-vi) para cuidado familiar en el hogar y centros de cuidado infantil, o WAC 110-301-0240(3)(d)(i-vi) para programas de edad escolar.* | | | | |
| **Firma** | | **Nombre en letra de molde** | | **Fecha** |

***Entregue este formulario contestado, la etiqueta del producto con las indicaciones de uso, y la hoja de datos de seguridad (SDS, por sus siglas en inglés) de su producto propuesto a:***

Su oficina local de licencias de cuidado infantil del DCYF.

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

**El DCYF puede revocar su aprobación en cualquier momento.**

|  |
| --- |
| **DCYF Use Only (Sólo para uso del DCYF)** |
| |  |  | | --- | --- | | Provider Case Number: | | | The use of this product has been: | | | Approved, or |  | | Approved with these conditions: | | | Disapproved, because: | | | **DCYF Signature Title Date** | | |
|  |