|  |  |
| --- | --- |
| 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 |