Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Licensing Division (LD)

Lista de comprobación de archivos y certificación para licencia de hogar de cuidado de crianza

File Checklist and Certification for License of Foster Home

Información del solicitante o proveedor

Nombre de la agencia de colocación de niños _____

Nombre del solicitante o proveedor _____

Número de proveedor _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado **WA** Código postal _____

Capacidad recomendada _____ niños y jóvenes, de _____ a _____ años de edad.

He verificado los siguientes requisitos:

- Licencia de conducir de todos los miembros del hogar que transportan a niños y jóvenes. ☐ Sí ☐ NA _____
- Seguro automotriz de todos los miembros del hogar que transportan a niños y jóvenes. ☐ Sí ☐ NA _____
- Detección de TB (DCYF 15-820), incluyendo pruebas negativas de TB o documentación de un proveedor médico autorizado cuando se indique para todos los adultos del hogar. ☐ Sí ☐ Ya se cumplió el requisito
- Verificación de vacunas de todos los miembros del hogar que sean niños y jóvenes.
  ☐ Sí ☐ NA ☐ Dispensa o exención de vacuna (DCYF 15-455)
- Vacuna contra la tosferina verificada para todos los miembros del hogar si cuida a niños menores de 2 años o a niños o jóvenes médicamente frágiles. ☐ Sí ☐ NA ☐ Ya se cumplió el requisito
  ☐ Dispensa o exención de vacuna (DCYF 15-455)
- Acuerdo de vacunación contra la influenza (DCYF 15-822) en el expediente para todos los miembros del hogar.
  ☐ Sí ☐ NA *(actualización)* ☐ Dispensa o exención de vacuna (DCYF 15-455)
- Acuerdo de vacunación de mascotas (DCYF 15-826) rellenado para todos los perros, gatos y hurones mascotas.
  ☐ Sí ☐ NA *(actualización)* ☐ Dispensa o exención
- Prueba de pozo para agua privada, incluidos coliformes y nitratos.
  ☐ Sí ☐ NA ☐ Otro, dispensa o excepción _____
- Por lo menos uno de los solicitantes es miembro o elegible para membresía conforme a la determinación de una tribu con reconocimiento federal, conforme a RCW 13.38.040(12). La verificación se ha revisado por cualquier medio; no es necesario cargarla. ☐ Sí ☐ NA
- Todos los solicitantes tuvieron la oportunidad de estudiar el aviso público de no discriminación conforme a ADA/504 (ADM_0026). ☐ Sí ☐ Otro _____
- Se concluyó la investigación de antecedentes de todos los miembros del hogar y las instalaciones que tenían 16 y 17 años de edad. ☐ Sí ☐ NA
- Se revisó FamLink para todos los miembros del hogar y las instalaciones que eran menores de 18 años. ☐ Sí ☐ NA

- Investigaciones abiertas. ☐ Ninguna ☐ Otro _____
- Acuerdos de cumplimiento pendientes (DCYF 10-248). ☐ Ninguno ☐ El proveedor ha firmado un acuerdo de cumplimiento referente a _____. Fecha límite _____.
- Este estudio del hogar incluye adopción. ☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable para esta evaluación

He verificado los siguientes requisitos para adopción:

- Actas de matrimonio, decretos de divorcio y actas de defunción, si existen. ☐ Sí ☐ NA
- Informe médico del solicitante (DCYF 13-001) contestado por el proveedor médico. ☐ Sí ☐ NA

Comentarios adicionales

☐ Por este medio certifico que el hogar cumple con los requisitos mínimos de obtención de licencia para hogares de cuidado de crianza.

☐ Por este medio certifico que el hogar necesita una o más dispensas o excepciones para cumplir todos los requisitos mínimos de obtención de licencia para hogares de cuidado de crianza.

☐ NA (solo para fines de actualización para adopción)

Firmas

Nombre del empleado de la CPA _____

Firma del empleado de la CPA _____ Fecha _____

Nombre del supervisor de CPA _____

Firma del supervisor de CPA _____ Fecha _____