



Контрольный список мероприятий для нелицензированного дела Unlicensed File Checklist

ПОСТАВЩИК (-И) УСЛУГ	НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ FAMLINK	ЛИЦЕНЗИАР			
Требуется от заявителя	Заявитель №1	Заявитель №2	Для поставщиков, принимающих на размещение детей в возрасте до двух лет	Заявитель №1	Заявитель №2
Дата получения подписанного заявления (DCYF 10-354)			Тдар: даты для всех членов домохозяйства в возрасте от семи (7) лет и старше <input type="checkbox"/> N/A		
Разрешение на проверку анкетных данных для лиц от 16 лет и старше (DSHS 09-653)			DTaP: даты для всех членов домохозяйства в возрасте от 0 до 6 лет <input type="checkbox"/> Не применимо		
Общая информация по итогам проверки анкетных данных (DCYF 09-131)			Для поставщиков, принимающих на размещение ребенка в возрасте от рождения до одного года		
Проверка FamLink для всех членов семьи вне зависимости от возраста			Оценка безопасности условий для сна (Safe Sleep)		
Проверка случаев жестокого или пренебрежительного обращения с детьми (CA/N) в других штатах, если это применимо Заявитель №1 Заявитель номер 2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо	Видео и обучение в связи с периодом частого плача ребенка (PURPLE Crying)		
Личные данные			КОММЕНТАРИИ		
Срок действия действительного водительского удостоверения					
Срок действия автострахования					
Форма об ограниченном знании английского языка (LEP) (DCYF 15-245)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо				
План эвакуации в экстренной ситуации (DCYF 16-204)					
Рекомендательные отзывы (DCYF 15-286)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
С совершеннолетними детьми связались, если нет, то поставщик указывает предпринятые настойчивые усилия: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо				
Форма медицинского отчета (DCYF 13-001)					
Финансовая таблица (DCYF 14-452)					
Проверка статуса лица индейского происхождения (Verification of Indian Status), если применимо (DSHS 15-128)					
Проверка нелицензированного домохозяйства (DSHS 10-453)					
Постановления о заключении и/или расторжении брака: <input type="checkbox"/> Дата получения от заявителя ИЛИ <input type="checkbox"/> Дата проверки на сайте DOH по номеру сертификата					
КЕМ ВЫПОЛНЕНО:	ДАТА				