|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LICENSING DIVISION (LD)  **Lista de verificación del expediente  (licencia de cuidado de crianza)**  **File Checklist (Foster License)** | | | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR | | | | NÚMERO DE PROVEEDOR | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | ESTADO  **, WA** | | CÓDIGO POSTAL |
| **He verificado los siguientes requisitos** | | | | | |
| Licencia de conducir de todos los miembros del hogar que transportan a menores. | | | | Sí  N/A  **\_\_\_\_\_** | |
| Seguro automotriz de todos los miembros del hogar que transportan a menores. | | | | Sí  N/A  **\_\_\_\_\_** | |
| Detección de TB (incluyendo pruebas negativas de TB o documentación de un proveedor médico autorizado cuando se indique) de todos los adultos del hogar. | | | | Sí  N/A  Exención | |
| Exención de inmunización o vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros del hogar menores de edad. | | | | Sí  N/A  Exención | |
| Vacuna contra la tosferina o exención de vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros adultos del hogar (si cuida a niños menores de 2 años o médicamente frágiles). | | | | Sí  N/A  Exención | |
| Vacuna contra la influenza (según el acuerdo) o exención de vacuna (DCYF 15-455) verificada para todos los miembros del hogar. | | | | Sí  N/A  Exención | |
| Vacuna contra la rabia verificada para todos los perros, gatos y hurones. | | | | Sí  N/A  Exención | |
| Prueba aprobada de agua de pozo privado | | | | Sí  N/A  Otro  **\_\_\_\_\_** | |
| Este hogar cumple con la definición de la ICWA/WICWA de un hogar de cuidado de crianza indígena (verificación cargada). | | | | Sí  N/A | |
| Todos los solicitantes recibieron la oportunidad de leer la publicación del aviso de no discriminación (HR\_0012). | | | | Sí  Otro  **\_\_\_\_\_** | |
| Se concluyó la investigación de antecedentes de todos los miembros del hogar de 16 y 17 años de edad. | | | | Sí  N/A | |
| Se revisó FamLink para todos los miembros del hogar menores de 18 años. | | | | Sí  N/A | |
| Investigaciones abiertas. | | | | Ninguna  Otro  **\_\_\_\_\_** | |
| Acuerdos de cumplimiento pendientes (DCYF 10-248) | | | | Ninguno  El proveedor se compromete a firmar un acuerdo de cumplimiento relacionado con  **\_\_\_\_\_** | |
| Este estudio del hogar incluye adopción. | | | | Sí  No  N/A | |
| **He verificado los siguientes requisitos para adopción:** | | | | | |
| Actas de matrimonio, decretos de divorcio y actas de defunción. | | | | Sí  N/A | |
| Comprobantes de ingresos. | | | | Sí  N/A | |
| Informe médico del solicitante (DCYF 13-001) contestado por el proveedor médico. | | | | Sí  N/A | |
| **Comentarios adicionales** | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firmas del personal de la LD/CPA** | |
| 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 |