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