|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LICENSING DIVISION (LD)  **Lista de comprobación de archivos (sin licencia)**  **File Checklist (Unlicensed)** | | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR | | | NÚMERO DE PROVEEDOR | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | ESTADO  **, WA** | CÓDIGO POSTAL |
| **He verificado los siguientes requisitos:** | | | | |
| 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  **\_\_\_\_\_** |
| Todos los solicitantes recibieron la oportunidad de leer la publicación del aviso de no discriminación (HR\_0012). | | | | Sí  Otro  **\_\_\_\_\_** |
| Este estudio del hogar incluye adopción. | | | | Sí  No |
| **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 |