DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)
LICENSING DIVISION (LD)

Проверка в отношении жестокого или безответственного отношения к детям в период проживания в других штатах

Out of State Child Abuse and Neglect Check

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ПОДПИСЬ	ДАТА

В течение скольких лет вы постоянно проживали в штате Вашингтон (не проживая в других штатах)? _____ лет / _____ месяцев

Заполните оставшиеся разделы формы только в том случае, если вы проживали за пределами штата Вашингтон в течение последних пяти (5) лет.

Если в любой момент времени в течение последних пяти (5) лет вы проживали за пределами штата Вашингтон, укажите все адреса во всех штатах, по которым вы проживали в течение этого периода.

АДРЕС	ОКРУГ И ШТАТ	ДАТЫ: С - ПО

Я ПОДАЮ ЗАЯВЛЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ	**ДА**	**НЕТ**
Патронатный родитель или нелицензированный опекун	☐	☐
Сотрудник учреждения, работающего в режиме группового ухода (если да, укажите название и номер поставщика услуг)	☐	☐

НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	НОМЕР ЛИЦА, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ