



Verificación de maltrato y abandono de menores fuera del estado
Out of State Child Abuse and Neglect Check

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO										
FIRMA	FECHA										
¿Durante cuántos años ha vivido en el Estado de Washington sin vivir en otro estado? _____ Años / _____ Meses											
El resto de este formulario <u>sólo es necesario</u> si ha vivido fuera del Estado de Washington en los últimos cinco (5) años. Si ha vivido fuera del Estado de Washington en cualquier momento durante los últimos cinco (5) años, escriba todas las direcciones de todos los estados en los que haya vivido durante este período.											
DIRECCIÓN	CONDADO Y ESTADO	FECHAS: HASTA – DESDE									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ESTOY PRESENTANDO SOLICITUD COMO</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Padre/madre suplente o cuidador sin licencia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Personal de instituciones de cuidado grupal (si contestó que sí, escriba el nombre y el número de proveedor de la institución)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			ESTOY PRESENTANDO SOLICITUD COMO	SÍ	NO	Padre/madre suplente o cuidador sin licencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal de instituciones de cuidado grupal (si contestó que sí, escriba el nombre y el número de proveedor de la institución)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTOY PRESENTANDO SOLICITUD COMO	SÍ	NO									
Padre/madre suplente o cuidador sin licencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Personal de instituciones de cuidado grupal (si contestó que sí, escriba el nombre y el número de proveedor de la institución)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NÚMERO DE PROVEEDOR										