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