

FAMILY HOME CHILD CARE  
**PEDIDO PARA CAMBIAR LA CAPACIDAD**  
**REQUEST TO CHANGE CAPACITY**

(Para que sea completado por el proveedor y presentado ante quien otorga las licencias)

NOMBRE DEL PROVEEDOR (EN LETRA DE IMPRENTA)	NÚMERO DE LICENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO
---	--------------------	----------------------

De acuerdo con la norma de negocio de cuidado de niños en hogares de familia (Child Care Business Regulation for Family Child Care Homes) WAC 170-296-1350, pido un cambio de capacidad en el número de niños para el cual tengo licencia.

CAPACIDAD ACTUAL CON LICENCIA	RANGO DE EDADES	NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD	CAPACIDAD PEDIDA	RANGO DE EDADES	NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD
-------------------------------	-----------------	---	------------------	-----------------	---

Complete la siguiente información:

**ÁREA DE JUEGOS ADENTRO:** Tengo \_\_\_\_\_ pies cuadrados (sq. ft.) de espacio para que los niños jueguen en mi hogar (esto no incluye pasillos, baños o closets). Entiendo que la norma WAC 170-296-1210 requiere un mínimo de 35 sq. ft. por niño.

**ÁREA DE JUEGOS AFUERA:** Tengo \_\_\_\_\_ sq. ft. de espacio exterior de juegos con rejas en mi hogar. Entiendo que la norma WAC 170-296-1230 requiere un mínimo de 75 sq. ft. por niño.

**EQUIPO:** Tengo suficiente cantidad y variedad de equipos para jugar adentro y afuera para \_\_\_\_\_ niños como lo requiere la norma WAC 170-296-1240 y 170-296-1370. **(Se adjunta a este pedido una lista ejemplar de los materiales de aprendizaje y de juego.)**

**EQUIPO PARA LA SIESTA:** Tengo (escriba cuántos) \_\_\_\_\_ colchonetas, \_\_\_\_\_ camas, \_\_\_\_\_ cunas y \_\_\_\_\_ corralitos para que los niños duerman la siesta, según lo indica la norma WAC 170-296-1040.

**Información del Proveedor:**

AÑOS DE EXPERIENCIA CON LICENCIA	PRIMEROS AUXILIOS - FECHA DE VENCIMIENTO	CPR - FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE CAPACITACIÓN PARA HIV/AIDS (VIH/SIDA)	TOTAL DE HORAS DE CAPACITACIÓN ECE	STARS BASIC 20 HORAS – AÑOS TOMADOS
----------------------------------	--	----------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------------

**Lista de sus ayudantes calificados:**

NOMBRE	RESUME	RESULTADO DE PRUEBA TB	FECHA DE VENCIMIENTO DE CPR	FECHA DE VENCIMIENTO - PRIMEROS AUXILIOS	FECHA DE CAPACITACIÓN PARA HIV/AIDS (VIH/SIDA)	CAPACITACIÓN STARS BASIC 20 HORAS	HISTORIA CRIMINAL PRESENTADA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ADJUNTE copias de la documentación de las clases de Educación Temprana tomadas por usted, sus empleados y sus ayudantes, para incluirlas en su expediente de DEL. Incluya la documentación de capacitación terminada en STARS.** (Vea la norma WAC 170-296-1410 y 170-296-0020)

Uso (marque lo que corresponda):  Agua de la ciudad;  Cloacas de la ciudad;  Sistema de agua privado; y  Sistema de cloacas privado. (Capacidad del tanque séptico: Datos de su sistema séptico – consulte con el departamento de salud local para asegurarse que su sistema séptico sea aprobado para el uso adicional que usted propone. Normas WAC 170-296(2)(d) y 170-296-1150)

**Declaro que esta información es verdadera y correcta, y entiendo que quien me otorgue la licencia puede visitar las instalaciones para verificar la información.**

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------

**La siguiente información debe completarla el empleado de DEL que otorga la licencia.**

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD PARA LA LICENCIA (POR EJEMPLO: ¿QUÉ CUARTOS SE USARÁN PARA EL CUIDADO CON LICENCIA? ¿TIENE EL AMBIENTE CAPACIDAD PARA ESTE PEDIDO? ¿HAY SUFICIENTES MATERIALES?)

**HISTORIA DE QUEJAS**

¿Hay una historia de quejas válidas?  Sí  No Si respondió sí, explique:

FECHA DE LA VISITA AL ESTABLECIMIENTO

ACCIÓN DE DCCEL

Aprobado  No aprobado

**Para quien otorgue la licencia: Documente su decisión en el registro Service Episode Record (SER)**

SI NO ESTÁ APROBADO, EXPLIQUE POR QUÉ, ABAJO.

FIRMA DE QUIEN OTORGA LA LICENCIA

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR QUE LO REVISÓ

FECHA

**Referencia WAC: 170-296-1350**

EMPLEADOS Y EXPERIENCIA	RANGO DE EDADES DE LOS NIÑOS (EN AÑOS)	EL MAYOR NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS	EL MAYOR NÚMERO DE NIÑOS PERMITIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO
Con licencia	Recién nacido – 11	2	6
Con licencia, con un año de experiencia	2 – 11	Ninguno	8
Con licencia con un año de experiencia	5 – 11	Ninguno	10
Con licencia con un año de experiencia + un empleado o voluntario	Recién nacido – 11	4	9
Con licencia con dos años de experiencia + una clase de Educación Temprana (ECE) o 30 horas de capacitación ECE	3 – 11	Ninguno	10
Con licencia con dos años de experiencia + una clase de Educación Temprana (ECE) o 30 horas de capacitación ECE + un empleado o voluntario	Recién nacido – 11	4	12