

Instrucciones

1. **Primer paso** – Primero complete la orientación en la siguiente página del internet:
<http://www.del.wa.gov/requirements/info/orientation.aspx>
2. **Segundo paso** – después de completar la orientación por internet, llame a la oficina local de DEL para fijar su cita para el segundo paso. Usted deberá traer los siguientes documentos con usted (POR FAVOR NO LOS MANDE POR CORREO A DEL):
 - Formulario de solicitud completado, firmado y fechado
 - Cuestionario que completó después de haber tomado la orientación por internet, firmado y fechado
 - Un cheque o “money order” a nombre de DSHS por \$30 (no reembolsable) para cubrir el costo de la licencia
 - Documentación del diploma de educación secundaria o educación equivalente
 - Identificación vigente con fotografía, emitida por el gobierno
 - Copia de la tarjeta de Seguro Social o declaración de que no posee una tarjeta de Seguro Social
 - Número de Identificación del Empleador (EIN) si usted planea emplear personal
 - Currículo/resumé de empleo y educación del solicitante
 - Copia del WAC 170-296A: <http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=170-296A>
 - Copia de la Lista de Verificación para Cuidado de Niños en Hogar Familiar con licencia:
<http://www.del.wa.gov/publications/licensing/docs/FHLicensingChecklist.pdf>
3. Cumplir con los requisitos de MERIT y verificación de antecedentes penales. Registrar su establecimiento en MERIT antes de recibir su licencia: <https://apps.del.wa.gov/MERIT/Home/SignInRegister>

El proceso de los formularios de verificación portátil de antecedentes penales debe ser completado por el solicitante(s), el personal y los miembros de familia de 13 años de edad y mayores. Este proceso comienza cuando cada persona se registra en MERIT usando su propio correo electrónico. Información sobre el formulario Verificación Portátil de Antecedentes Penales se puede encontrar en:
<http://www.del.wa.gov/requirements/info/background.aspx>
4. Es extremadamente importante que el paquete con la solicitud esté completo. Dentro de 60 días a partir de la orientación del segundo paso usted deberá presentar los siguientes documentos:
 - Tarjetas de Primeros Auxilios y CPR vigentes; y capacitación sobre VIH/SIDA
 - Copia del resultado de la prueba de TB
 - Copia del permiso del estado de Washington para el manejo de alimentos
 - Políticas para los padres, personal y programa (manual); vea WAC 170-296A-2350 a 2450
 - Plano de la casa
 - Inspección del sistema séptico y registros de mantenimiento, si aplica
 - Pruebas del agua de pozo y registros de la reparación del sistema, si aplica
 - Acuerdo de evaluación del contenido de plomo o arsénico; si aplica
 - Cualquier otro documento que se solicite

Si la solicitud está incompleta, usted recibirá notificación escrita de lo que le falta. La notificación escrita incluirá un plazo de tiempo para presentar la información requerida. Si no responde con la información solicitada dentro del plazo tiempo especificado, el Departamento puede negar la solicitud.

El Departamento llamará al solicitante cuando esté listo para hacer una visita. Todas las correcciones deberán hacerse antes de que la licencia inicial sea otorgada.

**Solicitud de Licencia en Hogar Familiar**

1. Fecha de la solicitud		2. Identificación del proveedor (si es conocido)		3. Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Otra (explique):	
4. Solicitante (Sol.)			5. Segundo solicitante, si aplica (Seg. Sol)		
Nombre: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre		Nombre: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre			
Nombre de soltera, si aplica		Nombre de soltera, si aplica			
Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (EIN):		Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social o Número de Identificación del Empleador (EIN):	
Fecha de nacimiento:		7. ¿La dirección se encuentra en territorio tribal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué tribu?			
6. Nombre de negocio alternativo (Comercia bajo el nombre de:)		8. Dirección		Ciudad Código postal Condado	
9. Dirección postal (Si es diferente de la dirección física)		Ciudad		Código postal Condado	
10. Dirección de correo electrónico (si la tiene)		11. Número de teléfono Domicilio: () - Trabajo: () -			
12. Distrito escolar o escuela primaria más cercana					
13. Antecedentes étnicos (Opcional)					
Sol	Seg. sol		Sol	Seg. sol	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Negro/Afro-americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laosiano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caucásico/Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guamano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asiático o isleño del pacífico (API)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coreano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro API (identifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filipino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indio asiático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hawaiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vietnamita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Japonés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samoano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camboyano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquimal/Aleutiano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indio-americano (identifique a continuación el nombre de la tribu inscrita o principal):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino
					Otro:
14. Personas que viven en la casa, incluyéndose usted. Adjunte una hoja adicional si es necesario.					
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con los solicitantes	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con los solicitantes

15. Idiomas			
Solicitante	Idioma principal:	Idioma secundario:	¿Necesita intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Segundo solicitante	Idioma principal:	Idioma secundario:	¿Necesita intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

16. Referencias (3 personas de referencia que no sean parientes del solicitante)			
Nombre	Dirección (calle, estado, código postal)	Número de teléfono	correo electrónico
		() -	
		() -	
		() -	

Por favor responda las siguientes preguntas:

	Solicitante		Segundo solicitante	
	Sí	No	Sí	No
17. ¿Se ha privado alguna vez al solicitante de la custodia de sus propios niños por acción de la corte? (En caso afirmativo, adjunte una declaración de explicación).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con respecto al solicitante o a cualquier otro miembro de la unidad familiar:				
a. ¿Se ha hallado que es un perpetrador de abuso/negligencia de niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha participado en el uso o venta ilegal de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se le ha condenado por una felonía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Se le ha liberado de prisión en los últimos siete años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Se le ha negado una licencia para cuidar niños o adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se le ha suspendido o revocado una licencia para cuidar niños o adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es posible que DEL no otorgue una licencia, refiera, haga pagos o incluya en el directorio los nombres de las agencias que discriminan en la prestación de servicios debido a raza, credo, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad, que discriminan en las prácticas de empleo debido a raza, credo, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad (mayores de 40 años), orientación sexual, estado civil, estado de veterano discapacitado, o estado de veterano de la era de Vietnam. Por medio de la presente, estoy de acuerdo en no participar en prácticas discriminatorias prohibidas.

Certifico que he recibido, leído, entendido y que estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos para la otorgación de licencias del RCW 43.215 y WAC 170-296A. Certifico (Certificamos), además, que la información anterior y los documentos adjuntos que se exigen son verdaderos y completos, a mi (nuestro) leal saber y entender. Entiendo (Entendemos), además, que DEL lleva a cabo verificaciones de antecedentes penales y revisiones de los expedientes de DSHS de abuso/negligencia para todas las personas que solicitan licencia para cuidar niños. Comprendo que la información que comparto con DEL está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales.

19. Instrucciones para llegar a su casa:			
Firma del solicitante	Fecha	Firma del segundo solicitante	Fecha

WAC 170-296A-8175 estipula que DEL puede negar, suspender, revocar o no renovar una licencia por falsa representación u omisiones materiales en esta solicitud.