



**Lista de comprobación de archivos (sin licencia)**  
**File Checklist (Unlicensed)**

NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR		NÚMERO DE PROVEEDOR	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO , WA	CÓDIGO POSTAL
<b>He verificado los siguientes requisitos:</b>			
Se concluyó la investigación de antecedentes de todos los miembros del hogar de 16 y 17 años de edad.		Sí	<input type="checkbox"/>
		N/A	<input type="checkbox"/>
Se revisó FamLink para todos los miembros del hogar menores de 18 años.		Sí	<input type="checkbox"/>
		N/A	<input type="checkbox"/>
Investigaciones abiertas.		Ninguna	<input type="checkbox"/>
		Otro	<input type="checkbox"/> _____
Todos los solicitantes recibieron la oportunidad de leer la publicación del aviso de no discriminación (HR_0012).		Sí	<input type="checkbox"/>
		Otro	<input type="checkbox"/> _____
Este estudio del hogar incluye adopción.		Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
<b>He verificado los siguientes requisitos para adopción:</b>			
Actas de matrimonio, decretos de divorcio y actas de defunción.		Sí	<input type="checkbox"/>
		N/A	<input type="checkbox"/>
Comprobantes de ingresos.		Sí	<input type="checkbox"/>
		N/A	<input type="checkbox"/>
Informe médico del solicitante (DCYF 13-001) contestado por el proveedor médico.		Sí	<input type="checkbox"/>
		N/A	<input type="checkbox"/>
<b>Comentarios adicionales</b>			
<b>Firmas del personal de la LD/CPA</b>			
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