

STATE OF WASHINGTON

**DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES**

## Child Care Licensing ● Address ● City WA Zip Code

Office office phone number ● FAX office fax number

Fecha formal

|  |  |
| --- | --- |
| EN REFERENCIA A:    Titular de licencia | DECLARACIÓN DE ENTREGA EN PERSONA Y COMPROBANTE DE RECIBO |

Certifico que el fecha de la entrega nombre del titular de licencia o persona del DCYF que intenta notificar recibió una copia de lo siguiente:

Fecha formal Notificación de suspensión inmediata del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal Notificación de revocación del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal Notificación de suspensión inmediata y revocación del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal Notificación de negación de licencia del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal Notificación de descalificación del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal descripción de la notificación modificada del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal Notificación de sanciones administrativas del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Fecha formal descripción de la notificación del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias dirigida a nombre de la persona a quien está dirigida la carta.

Dicha tarea se llevó a cabo mediante entrega en mano a nombre de la persona a quien se le entregó la notificación con domicilio en dirección Washington, una copia de los documentos en cuestión.

Nombre del titular de la licencia

Página 2

Fecha formal

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de Washington que, a mi leal saber y entender, lo que antecede es verdadero y correcto.

FECHADO a los       días de mes, de año en ciudad donde se firmó este documento, Washington.

Firma:

Nombre:

Cargo:

Firma de quien recibe:

Nombre en imprenta: