



Información del programa FFN			
Nombre del proveedor:		N.º de ID del proveedor:	
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Tipo de proveedor: <input type="checkbox"/> Uno de sus abuelos o bisabuelos <input type="checkbox"/> Hermano(a) adulto(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) o tío(a) abuelo(a)		Lugar del cuidado: <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Hogar del niño	
Detalles de la solicitud de exención (un WAC por formulario)			
Esta solicitud se refiere a una exención de la regla de cuidado exento de licencia, WAC #: Descripción del WAC:			
Explique, con detalle, por qué solicita esta exención. Debe ser por una necesidad específica de brindar cuidados al niño o los niños. (Adjunte una página adicional si la necesita).			
Explique, con detalle, cómo garantizará que la salud, el bienestar y la seguridad de todos los niños no se vean afectadas si se aprueba esta solicitud de exención. (Adjunte una página adicional si la necesita).			
Fechas solicitadas de exención de este WAC: ____ al ____ <input type="checkbox"/> Sin fecha de finalización ¡IMPORTANTE! Una exención solo entra en vigor cuando el licenciatarario proveedor de FFN recibe la notificación del DCYF de que la solicitud se ha aprobado. El DCYF puede revocar la exención en cualquier momento.			
Firma de la persona que presenta esta solicitud	Nombre en letra de molde	Fecha	

Enviar a: Su especialista local en exención de licencias del DCYF.

El DCYF le devolverá esta solicitud con la decisión del departamento marcada en el espacio de la parte inferior.

Sólo para uso del DCYF		
Esta solicitud de exención (excepción):		
<input type="checkbox"/> Se aprueba <input type="checkbox"/> No se aprueba porque:		
Firma del DCYF	Puesto	Fecha