



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

Licensing Division • Street Address • City, WA • Zip Code  
Teléfono de la oficina: number • Fax: number

Date

Reference Name

Reference Address

Reference Address

**ASUNTO: Solicitud de cuestionario para referencias**

Estimado(a) Name,

Los solicitantes han presentado una solicitud a esta agencia para cuidar de un menor, y han dado su nombre como referencia.

Ya que la seguridad y bienestar de los menores son importantes y puesto que conoce a esta familia, sus comentarios son valiosos para la agencia. La agencia tratará su respuesta con confidencialidad y no será divulgada a menos que lo ordene la ley o una orden judicial.

Adjuntamos un cuestionario para referencias para que usted lo conteste. Si lo desea, este cuestionario está disponible en formato electrónico si visita [https://www.dcyf.wa.gov/forms?field\\_number\\_value=15-286&title](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-286&title) y descarga el formulario del DCYF Choose an item. Puede escribir comentarios adicionales al reverso del formulario o adjuntar hojas adicionales.

Por favor devuelva este formulario a más tardar el día Fecha. Se adjunta un sobre con dirección y franqueo pagado para su conveniencia. Si tiene alguna pregunta, puede llamarme o enviarme correo electrónico usando la información que aparece abajo.

Siempre que tenga alguna inquietud por el cuidado y la seguridad de un niño, puede llamar a la línea sin costo para reportes del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias: 1-866-ENDHARM.

Gracias por su tiempo y ayuda.

Atentamente,

Name (Pronouns)

Title

Phone

Email