



**Lista de verificación del expediente (relevo certificado)**  
**File Checklist (Certified Respite)**

NOMBRE DEL SOLICITANTE / PROVEEDOR		NÚMERO DE PROVEEDOR	
<b>He verificado los siguientes requisitos:</b>			
<input type="checkbox"/> El solicitante tiene al menos 18 años de edad. <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía expedida por el gobierno (licencia de conducir, si transportará a niños). <input type="checkbox"/> Detección de TB (incluyendo pruebas negativas de TB o documentación de un proveedor médico autorizado cuando se indique).			
Seguro de vehículo, si transporta a niños.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	
Capacitación relacionada con necesidades específicas (por ejemplo, "Cuidado de niños con problemas de conducta físicamente agresiva" y "Cuidado de niños con problemas de conducta sexual").		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro	
Exención de vacuna (DCYF 15-455) si está indicada por DCYF 15-822A Acuerdos de vacunación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro	
Investigaciones abiertas.		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Comentarios adicionales</b>			
<b>Firmas</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