Washington State Department of Social & Health Services
CA Children's Administration

CHILDREN'S ADMINISTRATION DIVISION OF LICENSED RESOURCES (DLR)

Acuerdo de cumplimiento
Compliance Agreement

Fecha de la inspección:	Página _____ de _____
NOMBRE DEL LICENCIADOR	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN POSTAL DEL LICENCIADOR	

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O LICENCIATARIO	ADMINISTRADOR/DIRECTOR (SI NO ES UN HOGAR DE FAMILIA)

DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE WASHINGTON (WAC)	RESUMEN/DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO	PLAN DE CORRECCIÓN	COMPLETADO POR	FECHA EN QUE FUE COMPLETADO

Acepto corregir en las fechas indicadas, los problemas de incumplimiento antes mencionados tal como se resume en el plan de corrección. Además acepto enviar una notificación por escrito al licenciador del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) a más tardar el _____ declarando la magnitud de cada deficiencia corregida.

Firma del Administrador del establecimiento O de otra persona autorizada: ***Fecha:***

Firma del licenciador: ***Fecha:***