Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING (DCCEL)
FACILITY LICENSING COMPLIANCE AGREEMENT (FLCA)
AGREGADO:
PEDIDO DE REVISIÓN SUPERVISADA

Fecha de inspección:	TIPO DE INSPECCIÓN	Pág. _____ de _____
NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE SALUD/LICENCIATARIO	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR CÓD. DE ÁREA)	
DIRECCIÓN POSTAL DEL ESPECIALISTA DE SALUD/LICENCIATARIO		

Solicito una revisión supervisada por lo siguiente:

CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE WASHINGTON (WAC)	RESUMEN O DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO	CREO YA ESTAR CUMPLIENDO CON LA INTENCIÓN DEL WAC MEDIANTE: (POR FAVOR, SEA DETALLADO Y ESPECÍFICO) (EL PEDIDO DE UNA REVISIÓN SUPERVISADA NO SE USA PARA DESAFIAR AL WAC)

Supervisor (iniciales): _____ Fecha: _____ ☐ Aprobadp por FLCA como está escrito. ☐ FLCA modificado por lo hablado. ☐ FLCA no aprobado como está escrito.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR	FECHA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, SI CORRESPONDE	Nº DE TELÉFONO (INCLUIR CÓD. DE ÁREA)