Fairfax County Office for Children (دفتر امور کودکان کانتی فیرفکس)
School Age Child Care **(مراقبت از کودکان در سن مدرسه)**
12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035
تلفن: 703-449-8989 • فکس: 703-653-1304
www.fairfaxcounty.gov/ofc

Clear Form

برگه اطلاعات مالی (FINANCIAL INFORMATION FORM)

نام مادر _____ نام پدر _____

قیم/عضو مشارکت کننده خانواده (نام و نسبت) _____

نام(های) کودک(ان) _____ شماره تلفن منزل _____

شماره تلفن موبایل (مادر) _____ شماره تلفن موبایل (پدر) _____

شماره تلفن محل کار (مادر) _____ شماره تلفن محل کار (پدر) _____

آدرس صورت حساب _____

آدرس ایمیل _____ **نام مرکز SACC** _____

اطلاعات درآمد خانوار

		به ازای هر دوره پرداخت (ناخالص)	**مجموع ناخالص سالیانه**
حقوق مادر/قیم		هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ ماهی دو بار ☐ ماهانه ☐ $ _____	$ _____
حقوق پدر/قیم		هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ ماهی دو بار ☐ ماهانه ☐ $ _____	$ _____
نفقه/حمایت از کودکان		هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ ماهی دو بار ☐ ماهانه ☐ $ _____	$ _____
سایر درآمدها (لطفاً توضیح دهید) _____			$ _____
مجموع ناخالص سالیانه خانواده		(سطر 1)	$ _____
کسورات تعداد کودکان زیر 18 سال خانواده X $3,900.00	(-)	(سطر 2)	$ _____
درآمد تعدیل شده:	(=)	(سطر 1 منهای سطر 2)	$ _____

بدین وسیله تایید می کنم که اطلاعات درآمدی فوق، گزارشی است دقیق و واقعی از وضعیت مالی و ترکیب اعضای خانواده من. من می دانم که ارائه اطلاعات غیر دقیق و یا اشتباه باعث خواهد شد که سوبسید SACC را از دست بدهم. اگر هریک از اطلاعات ارائه شده تغییر کرد، ظرف مدت 10 روز به ثبت SACC اطلاع خواهم داد. من می دانم که هرگونه کم شدن رقم به دلیل تغییر در اطلاعات درآمد خانواده از تاریخ دریافت به بعد اعمال شده و عطف به ماسبق نخواهد شد.

بدین وسیله تایید می کنم که کلیه شرایط برخورداری از برنامه SACC را دارا می باشم

امضای ولی/قیم _____ تاریخ _____