Licensing Information for SACC Center Records

تأیید اطلاعات برای سوابق مرکز SACC

Virginia state licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled.

بر اساس ضوابط ایالت ویرجینیا در خصوص تأیید اطلاعات، مرکز SACC ملزم به دریافت اطلاعات زیر در مورد هریک از فرزندانی که ثبت نام شده اند می باشد.

Child/فرزند	
Child's full name *(نام کامل فرزند)*:	Nickname *(نام مستعار)*:
Birth date*(تاریخ تولد)*:	Gender*(جنسیت)*:
Address*(آدرس)*:	Home phone*(تلفن منزل)*:
Primary language spoken in home *(زبان اصلی که در خانه صحبت می شود)*:	Current grade*(مقطع فعلی)*:
Other schools and programs child currently attends *(دیگر مدارس و برنامه هایی که فرزند در حال حاضر در آنها شرکت می کند)*: ☐ None *(ندارد)*:	
Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only) *(مدارس و برنامه های مراقبتی که قبلاً در آنها شرکت کرده است- فقط برای کودکان جدیدالورود به SACC)*: ☐ None *(ندارد)*:	
Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, developmental information and special accommodations needed*:* *(داروهای تجویزی و داروهای مداوم، بیماری ها یا مشکلات جسمانی مزمن، اطلاعات مربوط به رشد و امکانات رفاهی خاص مورد نیاز)*: ☐ None *(ندارد)*:	
Allergies or intolerance to food, medication, insect bites, etc. *(حساسیت یا عدم تحمل نسبت به غذا، دارو، نیش حشرات، غیره)*: ☐ None *(ندارد)*: Actions to be taken in an emergency *:* *(اقدامات لازم در وضعیت اضطراری)*: ☐ None *(ندارد)*:	
Child's physician*(پزشک فرزند)*:	Phone *(تلفن)*:

Parents/Guardian (والدین/قیم ها)	
Custodial mother's full name* (*نام کامل مادر مسئول حضانت*):	
Custodial mother's address (if different from child's) (*آدرس مادر مسئول حضانت (در صورتی که با آدرس فرزند یکسان نباشد)*):	Home phone(*تلفن منزل*):
Cell phone (*تلفن همراه*):	Work phone(*تلفن محل کار*):
Email (*ایمیل*):	Employer(*کارفرما*):

Custodial father's full name* (*نام کامل پدر مسئول حضانت*):	
Custodial father's address (if different from child's) (*آدرس پدر مسئول حضانت (در صورتی که با آدرس فرزند یکسان نباشد)*):	Home phone (*تلفن منزل*):
Cell phone(*تلفن همراه*):	Work phone(*تلفن محل کار*):
Email(*ایمیل*):	Employer(*کارفرما*):

Other guardian or custodial agency (full name or title)(*دیگر قیم ها یا سازمان های مسئول حضانت (ذکر نام یا عنوان کامل)*):	
Other guardian or custodial agency's address (if different from child's)(*آدرس دیگر قیم ها یا سازمان های مسئول حضانت*):	Home phone(*تلفن منزل*):
Cell phone(*تلفن همراه*):	Work phone (*تلفن محل کار*):
Email(*ایمیل*):	Employer(*کارفرما*):

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.
***لطفاً توجه کنید:** معلمان لازم است فرزندان را به والدین شان بسپارند مگر اینکه سندی قانونی و مناسب به مرکز SACC ارائه گردد.*

Emergency Contacts and Authorized Pick-Up Persons
تماس اضطراری و افراد مجاز به رساندن فرزند به منزل

At least two emergency contacts must be provided. (حداقل دو نفر برای تماس اضطراری باید معرفی شوند.)

Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick-up or in case of an emergency if parents cannot be reached (نام، آدرس، و شماره تلفن دو نفر جهت تماس با آنها برای رساندن فرزند به منزل در مواقعی اضطراری که امکان دسترسی به والدین وجود ندارد):

1.	Name(نام):	Home phone(تلفن منزل):
	House Number and Street(خیابان و پلاک منزل):	Work phone(تلفن محل کار):
	City and Zip Code(شهر و کدپستی):	Cell phone(تلفن همراه):
2.	Name(نام):	Home phone(تلفن منزل):
	House Number and Street(خیابان و پلاک منزل):	Work phone(تلفن محل کار):
	City and Zip Code(شهر و کدپستی):	Cell phone(تلفن همراه):

Additional persons authorized to pick up child(افراد دیگری که مجاز به رساندن فرزند به منزل هستند):

	Name (نام)	Home #(تلفن منزل)	Cell # (تلفن همراه)	Work # (تلفن محل کار)
1.				
2.				
3.				
4.				

Agreement/Signature (توافق نامه/امضا)

Please indicate yes or no (*لطفاً گزینه بله یا خیر را انتخاب کنید*):

☐ Yes بله

I give permission for my child to take field trips: including walking, biking, swimming and those requiring use of FCPS or public transportation. I understand I will be notified of dates, destination sand times of trips.

من اجازه می دهم فرزندم در اردوهای آموزشی شرکت کند، از جمله پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، و اردوهایی که نیاز به حمل و نقل از طرف «مدارس دولتی بخش فیرفکس» (FCPS) یا حمل و نقل عمومی می باشد. اینجانب مطلع هستم که تاریخ، مقصد، و مدت زمان اردو به اطلاعم خواهد رسید.

☐ No خیر

☐ Yes بله

I give permission for my child to be photographed, videotaped or quoted by Fairfax County government representatives, or the media, while participating in SACC program activities, for use in print, electronic, Web, or broadcast media. My child's name/photos/videos/quotes may be used in whole or in part, and may be edited, produced, duplicated, or distributed for informational or promotional purposes. County photos/videos are the property of Fairfax County government without compensation to me, and may be subject to the Virginia Freedom of Information Act.

من اجازه می دهم در طی حضور فرزندم در فعالیت های برنامه های SACC، توسط نمایندگان بخشداری فیرفکس از او عکس برداری، فیلم برداری، یا صحبت های او نقل شود و در رسانه های چاپی، الکترونیکی، اینترنت یا صدا و سیما استفاده گردد. ممکن است تمام یا بخشی از نام/عکس ها/فیلم ها/صحبت های فرزندم مورد استفاده قرار بگیرد، و می تواند جهت اهداف اطلاع رسانی یا ترویجی ویرایش شود، تولید شود، کپی برداری شود یا توزیع گردد. عکس ها/فیلم های بخش متعلق به بخشداری فیرفکس بوده و در مقابل آن به من دِینی نخواهد داشت. علاوه بر این، این عکس ها/فیلم ها ممکن است منوط به «قانون آزادی اطلاعات ایالت ویرجینیا» باشد.

☐ No خیر

☐ Yes بله

I give permission for SACC/OFC staff and staff at my child's school to exchange information about my child as needed to help provide services to him or her. This includes exchanging copies of any records relating to my child; for example, medical records, emergency care information or academic records. In addition to the school staff, I also give permission for the SACC staff to exchange information about my child as needed with the following people:

من به کارمندان OFC/SACC در مدرسه فرزندم اجازه می دهم اطلاعات مربوط به او را در راستای کمک به ارائه خدمات به او تبادل کنند. این امر شامل تبادل نسخه های کلیه سوابق متعلق به فرزندم می شود؛ برای مثال، سوابق پزشکی، اطلاعات مربوط به مراقبت های اورژانسی، یا سوابق درسی. علاوه بر کارمندان مدرسه، به کارمندان SACC نیز اجازه می دهم اطلاعات مربوط به فرزندم را در مواقع لزوم با افراد زیر تبادل کنند:

☐ No خیر

Name (*نام*)	Relationship (*نسبت*)	Contact # (*شماره تماس*)
1.		
2.		
3.		

- I give permission to the SACC staff to obtain emergency medical care for my child if an emergency occurs and I cannot be reached immediately.

من به کارمندان SACC اجازه می دهم در صورت وقوع شرایط اضطراری و عدم دسترسی فوری به من، مراقبت های پزشکی فوری را در اختیار فرزندم قرار دهند.

- I agree to make arrangements to have my child picked up as soon as possible when notified that she/he is ill. SACC agrees to notify me if my child becomes ill.

من می پذیرم که وقتی به من اطلاع داده می شود فرزندم مریض است، هماهنگی های لازم را انجام دهم تا هرچه زودتر فردی را به دنبال او بفرستم. SACC نیز می پذیرد که در صورت مریض شدن فرزندم، مرا مطلع سازد.

- I agree to inform the center within 24 hours or the next business day after my child or any member of the immediate household has developed any reportable communicable disease, as defined by the State Board of Health, except for life threatening diseases which must be reported immediately.

من می پذیرم که در صورت مبتلا شدن فرزندم یا یکی از افراد نزدیک خانواده به «بیماری های واگیردار نیازمند گزارش» مطابق با تعریف سازمان بهداشت ایالت، مرکز را ظرف 24 ساعت یا یک روز کاری پس از ابتلا به بیماری مطلع سازم، مگر در موارد بیماری های مرگبار، که باید فوراً گزارش شوند.

I have read this form and acknowledge that the information I have provided is complete and correct. I will notify the SACC center of any changes in information as soon as possible. I understand that a copy of this agreement may be placed in my child's cumulative school file.

من این فرم را مطالعه کردم و تصدیق می کنم اطلاعاتی که ارائه دادم کامل و صحیح می باشد. همچنین در صورت بروز هرگونه تغییری در اطلاعات، آنرا هرچه زودتر به مرکز SACC اطلاع خواهم داد. نیز آگاه هستم که نسخه ای از این توافق نامه در پرونده آموزشی فرزندم قرار خواهد گرفت.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

(*امضای والد یا قیم* _____ *تاریخ* _____)

Center use only (فقط جهت استفاده مرکز):

Date child entered care:_____ Date child left care: _____

AGREEMENTS

Certification of Eligibility for SACC Services, Cancellation Agreement, and Payment Policies

Eligibility: I understand that all adults living in my child's home must meet one of the following criteria: work 30 or more hours a week; attend school full time (12 semester hours); attend a job training program 30 or more hours a week; be unable to work due to a disability; or any equivalent combination of the above.

I certify that all adults in the household meet the eligibility requirements above. I understand that all adults in the household may be required to supply evidence of eligibility at any time, and that giving wrong or false information may result in loss of SACC services. I will notify SACC within 10 days if any information changes.

Cancellation: I also agree to the following terms of service: I must notify SACC at least two weeks in advance of cancelling service; I am responsible for payment for services not cancelled in advance; no refunds or credits will be issued for services not cancelled in advance, regardless of minimal or non-attendance by my child; enrollments cancelled on or before the 15th of the month will be billed for a half-month of service and enrollments cancelled after the 15th of the month will be billed for a full month of service; enrollment or waitlist cancellations will also cancel the same enrollment or wait-list for the next year; SACC reserves the right to cancel services due to repeated late payments or nonpayment.

Payment Policies: I understand and agree to the following Fairfax County Government policies for Returned Check Fees, Late Payment Charges and Delinquent Collections:

Afee of $50 will be charged for any check returned for insufficient funds.

Alate payment fee of 10% will be charged on any account not paid in full on or before the original due date.

Interest at the rate of 10% per annum will be charged on all past due accounts.

Accounts past due for more than 30 days are also subject to a $30 collection fee.

Pursuant to County policy, delinquent accounts may be placed with the Fairfax County Department of Tax Administration (DTA) for collection. DTA employs private collection agents to collect all debts. By state law, collection agents may charge debtors an additional collection fee of 20% on all amounts past due.

Collection actions may include wage liens, bank liens, property seizures, court procedures and flagging of credit records.

I understand and agree to the terms of the SACC program policies for eligibility and cancellation. I also understand and agree to the Fairfax County payment and delinquent collections policies.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Printed Name _____

Questions? Call SACC at 703-449-8989;TTY711.Visit SACC online at www.fairfaxcounty.gov/ofc.

Fairfax County
OFC Office for Children

Fairfax County Department of
Family Services

A Fairfax County, VA publication.

Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TYY711.

توافق نامه

تأیید صلاحیت برای خدمات SACC، قرارداد فسخ، و اصول و ضوابط پرداخت هزینه ها

صلاحیت: از این مسئله آگاه هستم که کلیه افراد بالغ در خانه فرزندم باید یکی از ضوابط زیر را دارا باشند:
حداقل 30 ساعت در هفته مشغول کار باشد؛ به صورت تمام وقت (12 ساعت آموزشی) در مدرسه شرکت کند؛ حداقل هفته ای 30 ساعت در یک برنامه آموزشی شغلی شرکت کند؛ به دلیل ناتوانی قادر به انجام کار نباشد؛ یا ترکیبی از موارد بالا.

من تأیید می کنم که کلیه افراد بالغ در خانوار از شرایط لازم مذکور برخوردار هستند. همچنین مطلع هستم که هریک از افراد بالغ در خانوار ممکن است در هر زمانی ملزم به ارائه مدرکی جهت اثبات صلاحیت خود شوند، و نیز اطلاع دارم که ارائه اطلاعات غلط می تواند منجر به قطع خدمات SACC گردد. در صورت بروز هرگونه تغییر در اطلاعات، آنرا ظرف 10 روز به SACC اطلاع خواهم داد.

لغو: همچنین با ضوابط خدمات موافقت می کنم، که به این قرار است: لازم است حداقل دو هفته قبل از درخواست لغو خدمات، آنرا به SACC اطلاع دهم؛ نسبت به پرداخت هزینه های خدماتی که از پیش لغو نشده باشند مسئول هستم؛ هیچ گونه وجه یا اعتباری برای خدماتی که از پیش لغو نشده باشند به من بازگردانده نخواهد شد، صرف نظر از عدم شرکت فرزندم یا شرکت بسیار کم او؛ افرادی که در روز 15ام ماه یا قبل از آن عضویت خود را لغو کنند صورتحساب شان برای نیمه اول ماه صادر خواهد شد، و افرادی که بعد از روز 15ام ماه عضویت خود را لغو کنند صورتحساب شان برای کل ماه صادر خواهد شد؛ با لغو ثبت نام یا حذف شدن از لیست انتظار، برای سال بعد نیز قادر به ثبت نام یا قرار گرفتن در لیست انتظار نخواهم بود؛ در صورت دیرکرد مکرر در پرداخت ها یا عدم پرداخت، حق لغو خدمات برای SACC محفوظ می باشد.

اصول و ضوابط پرداخت: اصول و ضوابط بخشداری فیرفکس در خصوص چک های برگشتی، جریمه های دیرکرد در پرداخت، و مالیات های تأخیر در پرداخت را که در زیر ذکر شده است فهمیده ام و با آن موافقت می کنم:

در صورت برگشت خوردن هر چک به دلیل موجودی ناکافی، 50 دلار جریمه منظور خواهد شد.

برای هر صورتحسابی که قبل از موعد اصلی پرداخت نشود، 10% هزینه دیرکرد اعمال خواهد شد.

برای کلیه صورتحساب هایی که موعدشان به سر رسیده است، نرخ بهره ای معادل سالانه 10% منظور خواهد شد.

صورحساب هایی که بیش از 30 روز از موعد پرداخت آنها گذشته باشد مشمول 30 دلار مالیات می شوند.

مطابق با قانون نامه بخش، صورتحساب هایی که موعدشان گذشته باشد ممکن است جهت وصول بدهی ها به اداره امور مالیات (DTA) بخش فیرفکس سپرده شوند. اداره امور مالیات برای وصول کل بدهی ها، از آژانس های خصوصی وصول بدهی استفاده می کند. بنا به قانون ایالتی، آژانس های وصول نیز ممکن است هزینه وصول دیگری معادل 20% کل بدهی های عقب افتاده برای بدهکار اعمال کنند.

اقداماتی که جهت وصول بدهی می تواند انجام بگیرد عبارتند از: برداشت از حقوق، برداشت از حساب های بانکی، توقیف اموال، رویه های دادگاهی و ثبت در سوابق اعتباری.

من ضوابط برنامه SACC در خصوص صلاحیت عضویت در آن و نیز لغو عضویت را فهمیده ام و با آن موافقت می کنم. همچنین اصول و ضوابط بخش فیرفکس در خصوص پرداخت ها و وصول صورتحساب های عقب افتاده را فهمیده ام و با آن موافقت می کنم.

امضای والد/قیم _____

تاریخ_____

نام با حروف چاپی _____

سؤالی دارید؟ با مرکز SACC به شماره 703-449-8989 تماس بگیرید؛ تله تایپ 711. به صورت آنلاین به مرکز SACC به آدرس www.fairfaxcounty.gov/ofc مراجعه کنید.

Fairfax County OFC Office for Children

Fairfax County Department of Family Services

A Fairfax County, VA publication.
یکی از انتشارات بخش فیرفکس، ویرجینیا

Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TYY711.
بنا به درخواست، اصلاحات و تغییرات معقول قابل اعمال هستند؛ با شماره 703-449-1414 تماس بگیرید یا به شماره 711، پیام تله تایپ ارسال کنید.