



Fairfax County Office for Children (Oficina para Menores del Condado de Fairfax)

School Age Child Care (Cuidado de Niños en Edad Escolar)

12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035

Teléfono: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304

www.fairfaxcounty.gov/ofc

FORMULARIO SOBRE INFORMACIÓN ECONÓMICA

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Tutor integrante del grupo familiar contribuyente (nombre y relación) _____

Nombre del/los niño/s _____ No. tel. de la casa _____

No. celular (madre) _____ No. celular (padre) _____

No. tel. del trabajo (madre) _____ No. tel. del trabajo (padre) _____

Dirección para la facturación _____ No. De cuenta SACC _____

Dirección correo electrónico _____ Nombre del centro SACC _____

Información sobre el ingreso del grupo familiar

	(Marque una opción)				Un período de pago (bruto)	Total anual bruto
<u>Salario de la madre/ tutor</u>	Semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	\$ _____
<u>Salario del padre/ tutor</u>	Semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	\$ _____
<u>Manutención de menores/ Pensión alimenticia</u>	Semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	\$ _____
<u>Otros ingresos (explique)</u>						\$ _____
Total anual bruto del grupo familiar					(línea 1)	\$ _____
Deducciones						
Número de hijos menores de 18 años en el grupo familiar X \$4,000.00					(línea 2)	(-) \$ _____
Ingreso ajustado:					(línea 1 menos línea 2)	(-) \$ _____

Certifico que la información sobre ingresos registrada arriba es una declaración verdadera y exacta de las condiciones económicas de mi grupo familiar. Comprendo que proporcionar información inexacta o errónea puede ocasionar la pérdida de la elegibilidad para la reducción de tarifa. Notificaré a la oficina de inscripciones de SACC dentro de los 10 días en caso de producirse alguna modificación en la información proporcionada. Comprendo que cualquier reducción de las tarifas que se derive de las modificaciones en la información sobre los ingresos del grupo familiar tendrá vigencia a partir del momento de su recepción y no será retroactiva.

Certifico que cumplo con todos los requisitos de elegibilidad para ser beneficiario del programa SACC.

Firma de padre/ madre/ tutor

Fecha



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Fairfax County Department of Family Services

Printed June 2015



Para solicitar adaptaciones razonables conforme la ley sobre personas con incapacidades (ADA), llame a 703-449-1414, O TTY 711.

Fairfax County



Office for Children