

Fairfax County Office for Children (Oficina de niños del Condado de Fairfax)  
**School Age Child Care (Cuidado de niños en edad escolar)**  
 12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035  
 Phone: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304  
[www.fairfaxcounty.gov/ofc](http://www.fairfaxcounty.gov/ofc)

La nueva verificación de ingreso debe ser presentada en cada mes de Julio (independientemente de la fecha de inicio) y cuando ocurren cambios a lo largo del año. Usted debe notificar a la Oficina de Registración de SACC dentro de diez días útiles de los cambios en su ingreso o tamaño familiar.

**FORMULARIO DE INFORMACION ECONOMICA**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
 Tutor/Integrante contribuyente del grupo familiar (Nombre y Relación): \_\_\_\_\_  
 Nombre del/los niño(s): \_\_\_\_\_ N° teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
 N° teléfono de trabajo (madre): \_\_\_\_\_ N° teléfono de trabajo (padre): \_\_\_\_\_  
 N° celular (madre): \_\_\_\_\_ N° celular (padre): \_\_\_\_\_  
 Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ N° cuenta de SACC: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del Centro SACC: \_\_\_\_\_

**Información del ingreso del grupo familiar**

	(marque una opción)	<b>Un periodo de pago (Bruto)</b>				<b>Total anual bruto</b>
<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</u> (por favor explique)					\$	_____
<b>Total anual bruto del grupo familiar</b>				(línea 1)	\$	_____
<b>Deducciones</b>						
Número de hijos menores de 18 años en el grupo familiar x \$4,050				(línea 2)	(-) \$	_____
<b>Ingreso del grupo familiar ajustado</b>				(línea 1 menos línea 2) (=)	\$	_____

He leído y entiendo los requisitos de elegibilidad para el programa de SACC. Certifico que todos los adultos en el grupo familiar cumplen con los requisitos de elegibilidad. También certifico que la información del ingreso mencionado arriba es verdadera y la declaración de la situación financiera y composición de mi grupo familiar es certera. Entiendo que proporcionando información inexacta o errónea podría resultar en la pérdida de elegibilidad para la tarifa reducida y/o reembolso. Notificaré a la Oficina de Registración de SACC dentro de 10 días si hay algún cambio en la información proporcionada.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Fairfax County Department of Family Services

Printed Mayo 2016

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

Fairfax County **O F C** Office for Children