Licensing Information for SACC Center Records
Thông Tin Cấp Phép Làm Hồ Sơ Lưu cho Trung Tâm SACC

Virginia state licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled.
Các tiêu chuẩn về Cấp Phép của Bang Virginia đòi hỏi SACC phải thu được các thông tin sau đây cho mỗi trẻ tham gia.

Clear Form

Child/Trẻ

Child's full name: *Họ tên của trẻ:*	Nickname: *Biệt danh:*	Birth date: *Ngày Sinh:*
Current grade: *Lớp hiện học:*	Sex: *Giới tính:*	Primary language spoken in home: *Ngôn ngữ chính sử dụng tại gia đình:*
Address: *Địa chỉ:*		Home phone: *Điện thoại nhà:*
Other schools and programs child currently attends: *Các trường và chương trình khác hiện trẻ đang tham gia:*		None: *Không có:*( )
Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only): *Các chương trình giữ trẻ và trường học mà trẻ đã tham gia trước đây (chỉ dành cho trẻ mới tham gia SACC):*		
Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, developmental information and special accommodations needed: *Các thuốc được bác sĩ kê toa và thuốc đang sử dụng, các tình trạng bệnh lý và sức khỏe mãn tính, thông tin về tình trạng phát triển của trẻ và nhu cầu về các phương tiện thích ứng đặc biệt:*		None: *Không có:*( )
Allergies or intolerance to: food, medication, insect bites, etc. including actions to be taken in an emergency: *Các tình trạng dị ứng hoặc không dung nạp với: thực phẩm, thuốc men, côn trùng cắn chích, v.v.. kể cả các hành động phải thực hiện khi cần cấp cứu:*		None: *Không có:*( )
Child's physician: *Bác sĩ của trẻ:*		Phone: *Điện thoại:*

Parents/Guardian
Cha/Mẹ/Người Giám Hộ

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.

****Xin lưu ý:** Giáo viên phải trả học sinh lại cho cha mẹ trẻ nếu SACC không được cung cấp các giấy tờ thích hợp về mặt pháp lý.*

Custodial father's full name*:
Tên họ của người cha chịu trách nhiệm nuôi dưỡng:*

Employer:
Chủ Sở Làm

▪Work phone:
Điện thoại sở làm:

▪Work cell:
Điện thoại di động của chủ sở làm:

Email:
Email:

Custodial father's address (if different from child's):
Địa chỉ của người cha chịu trách nhiệm nuôi dưỡng (nếu khác của con):

▪ Home Phone/*Điện Thoại Nhà* _____

▪ Cell Phone/*Điện Thoại Di Động* _____

Custodial mother's full name*:
Tên họ của người mẹ chịu trách nhiệm nuôi dưỡng:*

Employer:
Chủ Sở Làm

▪Work phone:
Điện thoại sở làm:

▪Work cell:
Điện thoại di động của chủ sở làm:

Email:
Email:

Custodial mother's address (if different from child's):
Địa chỉ của người mẹ chịu trách nhiệm nuôi dưỡng (nếu khác của con):

▪ Home Phone/*Điện Thoại Nhà* _____

▪ Cell Phone/*Điện Thoại Di Động* _____

Other guardian or attending agency*:
Người giám hộ hoặc cơ quan giữ trẻ khác:*

Employer:
Chủ Sở Làm

▪Work phone:
Điện thoại sở làm:

▪Work cell:
Điện thoại di động của chủ sở làm

Email:
Email:

Other guardian or attending agency's address:
Địa chỉ của người giám hộ hoặc cơ quan giữ trẻ khác:

▪ Home Phone/*Điện Thoại Nhà* _____

▪ Cell Phone/*Điện Thoại Di Động* _____

Emergency Contacts and Authorized Pick Up Persons
Thông Tin Liên Lạc Khẩn Cấp và Người Được Phép Đón

* Required Information/*Thông Tin Cần Thiết:*

*Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick up or in case of an emergency if parents cannot be reached: *Tên, địa chỉ và số điện thoại của hai người để liên lạc đến đón hoặc khi gặp trường hợp khẩn cấp mà không liên lạc được với cha mẹ:

1. _____
Name/*Tên*

_____ Phone/*Điện thoại*:
▪ work/*sở làm* _____
▪ home/*nhà* _____
▪ cell/*di động* _____

Number and Street / *Số Nhà và Đường* — City / *Thành Phố* — Zip / *Mã Zip*

2. _____
Name/*Tên*

_____ Phone/*Điện thoại*:
▪ work/*sở làm* _____
▪ home/*nhà* _____
▪ cell/*di động* _____

Number and Street / *Số Nhà và Đường* — City / *Thành Phố* — Zip / *Mã Zip*

Additional persons authorized to pick up child/*Những người được phép đón trẻ khác*:

	Name/*Tên*	Home/*ĐT Nhà*	Cell/*ĐT DĐ*	Work/*ĐT Sở Làm*
1.				
2.				
3.				
4.				

Agreement/Signature
Thỏa Thuận/Ký Tên

Please indicate yes or no. *Xin thể hiện sự đồng ý hay không đồng ý của quý vị.*

☐ Yes *Đồng Ý* — ☐ No *Không Đồng Ý*

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, destinations and times of trips.*Tôi cho phép con tôi được tham dự các chuyến đi dã ngoại: bao gồm đi bộ, đi xe đạp, đi bơi và những chuyến cần phải dùng phương tiện giao thông của hệ thống trường công Fairfax (FCPS) hoặc phương tiện giao thông công cộng. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được thông báo về ngày, giờ, và điểm đến của các chuyến dã ngoại.*

☐ Yes *Đồng Ý* — ☐ No *Không Đồng Ý*

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, Internet 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.*Tôi cho phép các nhân viên đại diện chính quyền quận hạt Fairfax, hoặc các phương tiện truyền thông, được chụp hình, quay phim và trích dẫn lời nói của con tôi, khi tham gia vào các hoạt động của chương trình SACC, để sử dụng trong các ấn phẩm, phương tiện truyền thông điện tử, Internet, truyền thanh hoặc truyền hình. Tên/hình ảnh/lời nói của con tôi có thể được sử dụng đầy đủ hoặc một phần, và có thể được chỉnh sửa, sản xuất, sao chép, hoặc phân phối cho các mục đích thông tin hoặc khuyến mãi. Các phim/ảnh của quận hạt là tài sản của chính quyền Quận Hạt Fairfax và không phải trả thù lao cho tôi, và có thể chịu sự chi phối của đạo luật Tự Do Thông Tin của bang Virginia.*

☐ Yes *Đồng Ý* — ☐ No *Không Đồng Ý*

I give permission for SACC 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:*Tôi cho phép các nhân viên SACC và nhân viên tại trường học của con tôi được trao đổi thông tin về con tôi khi cần để giúp cung cấp các dịch vụ cho em. Việc này bao gồm trao đổi các bản sao của bất kỳ hồ sơ nào liên quan đến con tôi; ví dụ, hồ sơ y tế, thông tin chăm sóc cấp cứu hoặc hồ sơ học tập. Ngoài nhân viên nhà trường ra, tôi cũng cho phép các nhân viên SACC được trao đổi thông tin về con tôi khi cần với những người sau đây*:

Name/*Tên*	Relationship/*Quan Hệ*	Contact #/*Số ĐT Liên lạc*
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. *Tôi cho phép nhân viên SACC được tiếp nhận việc chăm sóc cấp cứu y tế cho con tôi khi gặp tình huống khẩn cấp và không thể liên lạc được với tôi ngay.*
- 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.*Tôi đồng ý sắp xếp để đón con tôi càng sớm càng tốt khi nhận được thông báo rằng em đã bị ốm. SACC đồng ý thông báo cho tôi biết khi con tôi bị ốm.*
- 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.*Tôi đồng ý thông báo cho trung tâm trong vòng 24 giờ hoặc vào ngày làm việc kế tiếp sau khi con tôi hay bất kỳ thành viên nào sống trực tiếp trong gia đình bị bất kỳ bệnh nào đã được biết là có tính lây nhiễm, theo định nghĩa của Ban Y Tế của Tiểu Bang, ngoài những bệnh đe dọa đến tính mạng phải thông báo ngay lập tức.*

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.*Tôi đã đọc bản thỏa thuận này và xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp là đầy đủ và chính xác. Tôi sẽ thông báo ngay càng sớm càng tốt cho trung tâm SACC được biết về bất kỳ các thay đổi nào của thông tin này. Tôi hiểu rằng một bản sao của bản thỏa thuận này có thể sẽ được đưa vào học bạ của con tôi.*

Signature of Parent or Guardian _____ Date/*Ngày* _____
Chữ ký của Cha/Mẹ hoặc Người Giám Hộ

Center use only/*Dành riêng cho trung tâm*:

Date child entered care: _____ Date child left care: _____
Ngày vào chương trình giữ trẻ *Ngày rời chương trình giữ trẻ*

SACC Program Eligibility Verification and Cancellation Agreement

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 disabled; any combination equivalent to 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.

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 wait-list cancellations will also cancel the same enrollment or wait-list for next year; SACC reserves the right to cancel services due to repeated late payments or nonpayment.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Questions? Call SACC at 703-449-8989; TTY 711. Visit SACC online at www.fairfaxcounty.gov/ofc.

Thẩm Tra Tiêu Chuẩn Tham Gia Chương Trình và Thỏa Thuận về việc Hủy Bỏ

Tôi hiểu rằng tất cả mọi người trưởng thành sống trong gia đình của con tôi phải đạt một trong các tiêu chuẩn sau đây: làm việc từ 30 giờ trở lên mỗi tuần; học toàn thời gian (12 giờ học chính khóa); tham dự một chương trình đào tạo việc làm từ 30 giờ trở lên mỗi tuần; bị khuyết tật; bất kỳ cách kết hợp nào tương đương với các tiêu chuẩn trên.

Tôi xác nhận rằng tất cả những người trưởng thành trong gia đình tôi đều hội đủ các yêu cầu về tiêu chuẩn hợp lệ trên. Tôi xác nhận rằng tất cả mọi người trưởng thành trong gia đình tôi có thể sẽ phải cung cấp chứng cứ về tiêu chuẩn hợp lệ vào bất cứ lúc nào, và việc cung cấp thông tin sai hoặc giả mạo sẽ dẫn đến không được hưởng các dịch vụ SACC nữa. Tôi sẽ thông báo cho SACC trong vòng 10 ngày khi có bất kỳ thông tin nào thay đổi.

Tôi cũng đồng ý với các quy định về dịch vụ sau đây: Tôi phải thông báo cho SACC trước ít nhất hai tuần về việc hủy bỏ sử dụng dịch vụ; Tôi chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ không được hủy bỏ trước; tôi sẽ không được hoàn lại tiền hoặc tín dụng cho các dịch vụ không được hủy bỏ trước, bất kể số tiền đó nhỏ hay lớn hay do con tôi không tham dự; các trường hợp tham gia hủy bỏ trước ngày 15 của tháng sẽ phải thanh toán cho nửa tháng dịch vụ và các trường hợp tham gia hủy bỏ sau ngày 15 của tháng sẽ phải thanh toán trọn tháng dịch vụ; các trường hợp hủy tham gia hay hủy tên trong danh sách chờ cũng sẽ hủy tham gia hoặc hủy tên trong danh sách chờ cho năm kế tiếp; SACC có quyền hủy bỏ các dịch vụ do thanh toán trễ hoặc không thanh toán nhiều lần.

Cha/Mẹ/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

Thắc Mắc? Xin gọi SACC số 703-449-8989; Số Khiếm Thính (TTY) 711. Xem SACC trên mạng tại www.fairfaxcounty.gov/ofc.

Fairfax County Department of
Family Services

O F C Office for Children

www.fairfaxcounty.gov/ofc

Ấn phẩm của Quận Hạt Fairfax, Va.

Để yêu cầu cung cấp các phương tiện thích ứng hợp lý theo Đạo Luật Người Hoa Kỳ Bị Khuyết Tật (ADA), xin gọi 703-449-1414; số khiếm thính (TTY) 711.