

CONDADO DE FAIRFAX, VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS A LA FAMILIA
OFICINA DEL NIÑO

CEPS Team #

DIVISION DE EDUCACION A LA COMUNIDAD Y SERVICIOS AL PROVEEDOR
12011 Government Center Parkway, Suite 800 Fairfax, VA 22035-1102
Teléfono (703) 324-8100 Fax (703) 653-1302 TDD (Virginia Relay) 711

Initial

Renewal

APLICACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR

(Por favor escriba a mano o a maquina)

SECCION A

Un pago no reembolsable de \$14.00 debe acompañar esta aplicación. Haga un cheque personal, o cheque certificado o giro postal pagable a la Oficina del Niño, (OFC). Puede usar un solo cheque para todas las cuotas. Incluya su nombre en la Sección A, C, y D.

Nombre del Proveedor _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____ Fax _____
Casa/Trabajo _____ (Opcional) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección/Nombre del sitio de cuidado de niños (si diferente) _____ Teléfono del día _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Cuales son los horarios propuestos y los días de operación? Horas _____ Días _____

Raza (grupo étnico) _____ Fecha de Nacimiento _____

Usted tiene un permiso del Condado de Fairfax para cuidar niños? Si _____ No _____
Ha tenido un permiso de Cuidado de Niños del Condado de Fairfax? Si _____ No _____

SECCION B- Complete la siguiente información de todos los niños de 13 años o menores que vivan en la casa. (Indique N/A si no es aplicable)

1. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

2. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

3. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

4. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

SECCION C- Solicitud de Búsqueda del Registro Central y Formulario Para dar Información

Complete la siguiente información de todos los adultos y niños de 14 años de edad o mayores que vivan en la casa, incluyendo el solicitante y todos los proveedores de cuidado sustituto. (Indique N/A si no es aplicable)

1. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

2. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

3. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

4. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo/ nosotros entendemos que esta información es requerida por la Oficina del Niño para todas las personas 14 años de edad o mayores quienes son miembros, asistentes, o empleadores de cuidados a niños que viven en la casa, como condición de aplicación y participación en programas de la Oficina del Niño (OFC). Yo/nosotros estamos de acuerdo de notificar a la Oficina del Niño dentro de 21 días cuando algún residente de mi domicilio, no listado arriba, cumpla la edad de 14 años, y cuando alguien de 14 años o mayor se mude a mi domicilio. Yo/nosotros entendemos que estas personas también deberán consentir a los términos del contrato/acuerdo como una condición para continuar dentro los programas de la Oficina del Niño.

