County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods and diverse communities of Fairfax County

Programa de Asistencia y Referencia para el Cuidado de Niños (Child Care Assistance and Referral – CCAR) de la Oficina Para Niños ayuda a familias de ingresos bajos o moderados con los costos del cuidado de los menores. Para ser elegible para CCAR, usted debe ser residente del condado de Fairfax y:

- Estar trabajando o estar inscripto en un programa de capacitación laboral aprobado y cumplir con las pautas de los ingresos anuales de un grupo familiar. Si usted es elegible bajo esta categoría, usted deberá pagar un arancel variable por el cuidado de su hijo.

  Por favor, complete el formulario de solicitud adjunto y devuélvalo con una constancia de su domicilio e información sobre su trabajo y/o capacitación. La lista de comprobación que mostramos más abajo le ayudará a completar la solicitud correctamente y enviar los documentos que CCAR necesita para determinar su elegibilidad para este programa.

- Estar trabajando o estar inscripto en *VIEW/Fairfax Works!* o a en un programa de capacitación laboral **y** estar recibiendo ayuda pública a través de "Asistencia Temporal para Familias Necesitadas" (Temporary Assistance for Needy Families – TANF). Llámenos para solicitar más información antes de completar la solicitud.

- Estar participando en ciertos programas del Departamento de Servicios para la Familia (DFS) y ser remitido a CCAR para l cuidado de menores. Si usted es un padre adoptivo o cuenta con un asistente social de DFS, llámelo para consultarle sobre su elegibilidad para el cuidado de menores, su asistente social nos lo hará saber y podremos ayudarlo de inmediato.

Mientras espera nuestra respuesta, usted puede empezar a buscar sitios de cuidados. Un buen modo de comenzar su búsqueda es consultar el sitio de la Oficina Para Niños en Internet, www.fairfaxcounty.gov/ofc. En este sitio, usted encontrará información sobre los programas de la Oficina Para Niños y sus servicios y formularios. También hallará listas de proveedores y centros de cuidado de menores del condado de Fairfax, ordenados por áreas, según el código postal.

Por favor, recuerde que si comienza a usar servicios de cuidado de menores antes de que CCAR apruebe su solicitud y los arreglos con su proveedor, usted será absolutamente responsable del pago de dichos cuidados.

Si podemos ayudarlo más en la elección de sus posibilidades, por favor, llámenos a CCAR al 703-449-8484.

****

DOCUMENTOS NECESARIOS CON SU SOLICITUD CCAR

Para procesar su solicitud, el personal de CCAR necesita conocer dónde vive su familia y tener información sobre los horarios de los empleos y/o clases educativas de su grupo familiar.

Para demostrar dónde vive

Envíe una copia de alguno de los documentos citados debajo. Deberá incluir su nombre y dirección.

Fechados con el mes actual

√ Cuenta de cable o TV satelital
√ Cuenta de electricidad, gas, agua o recolección de basura
√ Cuenta de teléfono de un teléfono de red (no celular)
√ Resumen de hipoteca

o

√ Alquiler actual de capacitación
√ Carta del administrador de la propiedad (con membrete)

Para demostrar que trabaja y/o asiste a un curso

Su nombre (y, si corresponde, el de su cónyuge/ o pareja) deberá aparecer en estos documentos.

*Si usted **trabaja**, envíe su
√ Último talón de cheque de pago (dentro de 30 a 60 días)
*Si usted asiste a la **escuela** o participa de un programa de **capacitación,** envíe su
√ Cronograma actual de su escuela o programa

*Si usted **trabaja y asiste a la escuela**, deberá **enviar ambas constancias,** el √ talón de pago y el √ cronograma actual

Fairfax County is committed to nondiscrimination on the basis of disability in all county programs, services and activities. Reasonable accommodations will be provided upon request. For information, call 703-449-8484. TTY (Virginia Relay) 711.

OFICINA PARA NINOS DEL CONDADO DE FAIRFAX
BIENESTAR SOCIAL DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
(Revised 08/2010)

NEW _____
RENEWAL _____

SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE MENORES

Deberán informase los nombres, las direcciones y la información de ingreso de ambos padres y/o familiares contribuyentes. Por favor, complete todos los espacios en blanco, e incluya información del padre ausente, y adjunte la documentación requerida.

(POR FAVOR, ESCRIBA EN IMPRENTA)

PADRE y/o TUTOR y/o FAMILIAR CONTRIBUYENTE

Vive con el menor: _____ (Sí o No) **(Madre)** **Nombre:** ***(Apellido)*** ***(Nombre)***	*Vive con el menor: _____ (Sí o No)* **(Padre)** **Nombre:** ***(Apellido)*** ***(Nombre)***
Número del Seguro Social: *(optativo)*	**Número del Seguro Social:** *(optativo)*
Dirección: *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*	**Dirección:** *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*
Teléfono particular: ( )	**Teléfono particular: ( )**
Fecha de nacimiento: **Edad:**	**Fecha de nacimiento:** **Edad:**
Estado civil: (*Marque "√" uno)* __ Casado/a __Soltero/a __Divorciado/a __Viudo/a __ Separado/a __Soltero/a, Vive en pareja	**Estado civil: (***Marque "√" uno)* __ Casado/a __Soltero/a __Divorciado/a __Viudo/a __ Separado/a __Soltero/a, Vive en pareja
Raza: (*Marque "√" uno)* __Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __Asiático/a __ Negro o afro-americano/a __Nativo de Hawaii o islas del Pacífico	**Raza: (***Marque "√" uno)* __Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __Asiático/a __ Negro o afro-americano/a __Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
Raza: (*Marque "√" uno)* __Hispano/a __No Hispano/a **Idioma preferencial:**	**Raza: (***Marque "√" uno)* __Hispano/a __No Hispano/a **Idioma preferencial:**
Tutor ***(Complete si corresponde)*** **Nombre y Vínculo:**	**Familiar contribuyente** ***(Complete si corresponde:)*** **Nombre y Vínculo:**
Número del Seguro Social: *(optativo)*	**Número del Seguro Social:** *(optativo)*
Dirección: *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*	**Dirección:** *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*
Teléfono particular: ( )	**Teléfono particular: ( )**
Fecha de nacimiento: **Edad:**	**Fecha de nacimiento:** **Edad:**
Estado civil: (*Marque "√" uno)* __ Casado/a __Soltero/a __ Divorciado/a __Viudo/a __ Separado/a __ Soltero/a, Vive en pareja	**Estado civil: (***Marque "√" uno)* __ Casado/a __Soltero/a __Divorciado/a __Viudo/a __ Separado/a __Soltero/a, Vive en pareja
Raza: (*Marque "√" uno)* __Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __Asiático/a __ Negro/afro-americano/a __Nativo de Hawaii o islas del Pacífico	**Raza: (***Marque "√" uno)* __Blanco/a __ Aborigen americano/Nativo de Alaska __Asiático/a __ Negro/afro-americano/a __Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico

MENORES EN LA FAMILIA

NOMBRE DEL MENOR *(Apellido, Nombre)*	Fecha de Nacim. M/D/A	Edad	# NSS *(Optativo)*	Sexo (M/F)	Raza	Hispano/ Hispana (Sí / No)	¿Necesita cuidados? (Sí / No)	¿Está en SACC? (Sí/No)	¿Está en Head Start? (Sí / No)

OTHER HOUSEHOLD MEMBERS

NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIM.	VÍNCULO		NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIM.	VÍNCULO

NOMBRE _____ **#NSS** _____ *(optativo)* **(Página 2)**

OFICINA PARA NINOS DEL CONDADO DE FAIRFAX BIENESTAR DE VIRGINIA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

(POR FAVOR, ESCRIBA EN IMPRENTA) **SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE MENORES**

INFORMACIÓN LABORAL	
Nombre del empleador o Nombre de la empresa: (*Empleo de la madre o del familiar contribuyente)*	**Nombre del empleador o Nombre de la empresa:** (*Empleo del padre o del familiar contribuyente)*
Dirección laboral: *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*	**Dirección laboral:** *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*
Teléfono laboral #: ( ) Ext:	**Teléfono laboral #: ( ) Ext:**
Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM	**Horario de trabajo:** LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM
Nombre del empleador o empresa adicionales: (*Empleo de la madre o del/Familiar contribuyente)*	**Nombre del empleador o empresa adicionales:** (*Empleo del padre o del familiar contribuyente)*
Dirección laboral: *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*	**Dirección laboral:** *Calle :*_____ *Ciudad:* *Código Postal:*
Teléfono laboral #: ( ) Ext:	**Teléfono laboral #: ( ) Ext:**
Horario de trabajo: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM	**Horario de trabajo:** LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM
INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O CURSO DE CAPACITACIÓN	
Nombre de la escuela o centro de capacitación: *(Capacitación de la madre)*	**Nombre de la escuela o centro de capacitación***: (Capacitación del padre)*
Horario del curso: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM	**Horario del curso:** LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR		
TIPO DE INGRESOS	**MONTO BRUTO POR PERIODO DE PAGO**	**FRECUENCIA:** (*Marque "√" uno)*
Ingreso de la madre o tutor		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Ingreso del padre o tutor		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Ingresos de otros miembros de la familia		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Cuota de manutención o cuota de ayuda al menor**		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Ayuda TANF/VIEW		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Beneficios a veteranos		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Beneficios SSA/SSI		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**
Beneficios por desempleo		☐ **semanal** ☐ **bi-semanal** ☐ **dos veces por mes** ☐ **mensual**

*****Si le adeudan la cuota de ayuda al menor y no se le está pagando, deberá registrarse y colaborar con la División del Cumplimiento de la Ayuda al Menor (1-800-468-8894) y deberá informar los pagos de ayuda recibidos.***

He leído y acepto lo siguiente:

- ***He leído la hoja anexa, comprendo mis derechos y obligaciones, y adjunto/proporcionaré la documentación requerida. Certifico que esta declaración es verdadera y precisa en cuanto a la condición económica y la composición de mi grupo familiar.***
- ***Autorizo a "Child Care Assistance & Referral" a efectuar cualquier verificación necesaria para determinar y analizar la elegibilidad y la necesidad de cuidado del menor. Esta autorización incluye revelar información sobre mi empleo, salario, cronograma laboral, y/o horarios de cursos de capacitación o escuela. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de la firma, a continuación.***

FIRMA _____ **FECHA** _____

INSTRUCCIONES DE APELACIÓN PARA LA ASISTENCIA DE FONDOS DEL ESTADO

Si no le satisface la información que recibe y las acciones que se han tomado, usted puede apelar la decisión, dentro de los 30 días de la fecha de esta carta. Le sugerimos que comience el proceso de apelación llamando a su Especialista en Elegibilidad o Especialista en Cuidado de Menores de la Oficina Para Niños, al 703-449-8484, y solicitar una reunión. Usted puede apelar a la Programa de Asistencia y Referencia para el Cuidado de Niños: (Child Care Assistance and Referral, Office for Children, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035) o escribir directamente a:

Manager, Appeals & Fair Hearings
Virginia Department of Social Services
Division of Management & Customer Service
801 E. Main St.
Richmond, VA 23219

Usted también puede apelar un fallo si ya está recibiendo servicios. También esta gestión deberá efectuarse dentro de los 30 días de la fecha de esta carta, dirigiéndose a "Child Care Assistance and Referral, Office for Children, Department of Family Services, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035" o a la Autoridad de Audiencias del Servicio (Service Hearing Authority).

Si solicita una reunión en la agencia o una audiencia dentro de los diez días de que se le haya notificado la acción, su servicio o el pago de su servicio continuarán hasta que se tome una decisión.

Si considera que, en algún momento, fue víctima de discriminación, puede presentar una demanda ante el Departamento de los Servicios para la Familia, el Delegado del Departamento de Servicios Sociales, o la Oficina de Derechos Civiles, de la Región III. Esto deberá realizarse dentro de los 180 días de la discriminación alegada. Tenemos a su disposición un panfleto titulado "Programa de no discriminación de Virginia" (Virginia Non Discrimination Program) que proporciona instrucciones y procedimientos para presentar una demanda, el cuál podrá solicitar en las oficinas estatales o locales listadas debajo.

INGRESO ANNUAL MÁXIMO PARA PARTICIPAR EN CCAR

En vigor a partir del 10/01/2010

Cantidad de miembros en la familia	2	3	4	5	6
Condado de Fairfax	$40,080	$50,364	$60,636	$70,932	$81,216
Otras Jurisdicciones • Ciudad de Falls Church* • Fort Belvoir	$26,952	$33,876	$40,800	$47,712	$54,636

***Es posible que se dispongan de fondos locales adicionales en estas jurisdicciones.**

Sitio en Internet: www.fairfaxcounty.gov/ofc

El condado de Fairfax está abocado a proporcionar a sus ciudadanos un acceso equitativo a todos los programas, servicios y actividades del condado. Según se solicite, se brindará acomodación especial. Llame al 703-449-8484 o TTY 711.

CCAR STAFF USE ONLY

Monthly Gross Income: _____ Family Size: _____ Number of Children in Care: _____

VIEW/TANF: _____ (Yes/No) Funding: _____State _____Local

Total Family Fee: _____ (Weekly) _____ (Monthly, if applicable) □ SACC Fee: _____ (Monthly)

Authorized by _____ Date_____ TEAM # _____

CHECKLIST REVIEW:

_____Application _____Residency _____Birth Certificate _____Approved Activity/Income _____Authorized Signature

Reviewed by _____ Date_____ TEAM #_____