



# CONDADO DE FAIRFAX

Estado de Virginia: Departamento de Servicios Sociales

## PRE-SOLICITUD de CCAR

PROGRAMA DE ASISTENCIA Y RECOMENDACIONES PARA CUIDADO INFANTIL

Oficina para Niños del Condado de Fairfax

12011 Government Center Parkway – 8to Piso, Fairfax, VA 22035

**For CCAR Staff Use only:**

Date Received: \_\_\_\_\_

Reviewed by (Initials): \_\_\_\_\_

Date Notification Sent: \_\_\_\_\_

Team #: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
(Guardián/ Miembro contribuyente de la casa) (Apellidos) (Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
(Guardián/ Miembro contribuyente de la casa) (Apellidos) (Nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

### NOMBRES DE LOS NIÑOS QUE REQUIEREN CUIDADO

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Nombre)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Nombre)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Nombre)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Nombre)

Razón por pedir servicios de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Educación/Entrenamiento

Por favor marque (✓) "Sí" o "No":

1. ¿Es usted estudiante de escuela secundaria? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

2. ¿Vive usted en un albergue? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

3. ¿Recibe usted o alguno de los niños que necesita cuidado infantil TANF? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

4. ¿Está matriculado alguno de sus hijos en Head Start? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Hay un niño en la casa matriculado en Head Start, cuyo matricula  
terminará dentro de los próximos 60 días? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

5. ¿Hay un niño menor a 13 años en la casa que necesita cuidado infantil? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

6. ¿Hay un niño en la casa que tiene al menos 13 años pero todavía no tiene 18 años  
y que tiene una discapacidad física o mental documentada que le hace incapaz de  
cuidarse o que es sujeto a supervisión de la corte y necesita cuidado infantil? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

7. ¿Todos los padres/ guardianes de la casa son empleados o asisten a un programa  
de educación / entrenamiento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

8. Si la respuesta es "NO", ¿hay alguna razón para qué esta persona no pueda  
proporcionar el cuidado infantil que se necesita? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Razón: \_\_\_\_\_

9. ¿Usted o alguno de los niños que necesita cuidado infantil ha recibido  
beneficios de TANF en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

10. Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo recibió su último cheque de TANF? (MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año
11. ¿Está usted matriculado en un programa en el cual va a sacar un título más avanzado que una licenciatura (bachelor's degree)?  
 \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS/ EMPLEO:**

*Hay que contar los ingresos para las siguientes personas que viven en su casa: Padres (naturales o adoptivos), padrastro o madrastra que vive en casa o persona que cohabita con uno de los padres.*

**Nota: Incluya los montos totales de ingresos antes de deducir impuestos (Ingreso Bruto).**

*(Por favor complete la opción que refleje con qué frecuencia recibe el pago)*

1. Ingreso de la madre: \$ \_\_\_\_\_ semanalmente \$ \_\_\_\_\_ bisemanalmente \$ \_\_\_\_\_ bimensualmente \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
2. Ingreso del padre: \$ \_\_\_\_\_ semanalmente \$ \_\_\_\_\_ bisemanalmente \$ \_\_\_\_\_ bimensualmente \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
3. Ingresos de otros miembros de la casa:  
 \$ \_\_\_\_\_ semanalmente \$ \_\_\_\_\_ bisemanalmente \$ \_\_\_\_\_ bimensualmente \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
4. Manutención infantil recibida: \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
5. Beneficios de veteranos, beneficios y pensiones: \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
6. Beneficios de Seguro Social (No incluya SSI): \$ \_\_\_\_\_ mensualmente
7. Otros ingresos: Explique el tipo de ingreso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Por favor marque (✓) "Sí" o "No" a todas las preguntas aplicables**

1. ¿Está pagando Manutención Infantil por alguien que no vive con usted en la casa? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
2. Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga mensualmente? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Está siendo embargado su cheque de pago? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
4. Si la respuesta es sí, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_
5. Número de personas en la casa: \_\_\_\_\_

*\*Por favor indique su preferencia para cuidado infantil, si tiene una preferencia. Su respuesta no constituye un compromiso; puede cambiar de opinión en cualquier momento.*

\_\_\_\_\_ Centro de Cuidado Infantil Nombre, si lo sabe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Casa Familiar de Cuidado Infantil Nombre, si lo sabe: \_\_\_\_\_



He leído el documento adjunto "Derechos de Solicitantes" y certifico que esta Pre-solicitud es una declaración verdadera y exacta del estado económico y composición de mi hogar. Si soy elegible, me pondrán en una lista de espera y me pedirán que llene una solicitud completa cuando mi nombre esté al principio de la lista de espera. Entiendo que CCAR me notificará por correo de mi elegibilidad para servicios.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



El Condado de Fairfax se compromete a proveer acceso equitativo para todos los ciudadanos a programas, servicios y actividades del Condado. Se proveerá acomodaciones especiales bajo pedido. Llame a 703-449-8484 ó TDD 703-324-3923

**POR FAVOR VEA EL DOCUMENTO ADJUNTO PARA INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.**

## ***DERECHOS DE LOS SOLICITANTES***

Cualquier persona puede solicitar servicios. No tiene que haber vivido en el condado o la ciudad por ningún tiempo específico. No hay requisitos de ciudadanía para recibir servicios.

Tiene el derecho de tener trato equitativo sin importar raza, color, religión, sexo, origen nacional o discapacidad.

Tiene el derecho de recibir y llenar una solicitud en el día que pide servicios. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, alguien le puede ayudar.

Se le tiene que explicar el proceso de determinación de elegibilidad.

La agencia tomará una decisión sobre su solicitud dentro de 45 días. Si eso es imposible, le tiene que avisar por qué. La agencia tiene que escribirle si no es elegible o si hay una demora.

Si se determina que usted es elegible, tiene el derecho de recibir servicios dentro de 45 días después de la fecha en la cual la agencia recibe su solicitud.

Tiene el derecho de recibir servicios obligatorios para los cuales cumple con los requisitos de elegibilidad. Su derecho de tener servicios opcionales depende de cumplir con los requisitos de elegibilidad y de si la agencia ofrece el servicio o no.

Tiene el derecho de ver la información que la agencia tiene sobre usted en su archivo de servicio.

La agencia no puede compartir ninguna información sobre usted sin su permiso escrito, excepto por propósitos directamente conectados con la administración de programas de servicios sociales.

Estos derechos están basados en leyes Federales y Estatales, pero hay ciertas excepciones. Si tiene alguna pregunta o quiere ver la información en su archivo, debería hablar con su trabajador social sobre ello.

## **RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES**

Usted tiene que proporcionar la información completa y exacta; esta información es necesaria para determinar la elegibilidad. La agencia puede tener que pedirle ciertas cosas como recibos de pago o permisos para contactar agencias o personas para obtener pruebas de su ingreso. Si proporciona la información incorrecta, usted puede ser procesado bajo la ley.

Tiene que notificar a la agencia dentro de 10 días de cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad para recibir servicios.

Tiene que contactar a la Oficina para Niños al 703-449-8484 dentro de seis meses de la fecha de solicitud para permanecer en la lista de espera.

### **INGRESO ANUAL MÁXIMO PARA PARTICIPAR EN CCAR**

**Entra en vigencia el 06/01/2008**

Número de Personas en la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Condado de Fairfax	\$38,508	\$48,408	\$58,308	\$68,208	\$78,108	\$88,008	\$97,908
Otras jurisdicciones							
• Fairfax City*							
• Falls Church City*	\$25,908	\$32,568	\$39,228	\$45,888	\$52,548	\$59,208	\$65,868
• Fort Belvoir							

\*Fondos locales adicionales pueden estar disponibles en estas jurisdicciones.

Página de Internet: [www.fairfaxcounty.gov/childcare](http://www.fairfaxcounty.gov/childcare)