Fairfax County Office for Children
(Phòng Trẻ Em Quận Hạt Fairfax)
(Chương Trình Giữ Trẻ Tuổi Đi Học - SACC)
12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035
Điện thoại: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304
www.fairfaxcounty.gov/ofc

Clear Form

MẪU THÔNG TIN TÀI CHÍNH (FINANCIAL INFORMATION FORM)

Tên Mẹ _____ Tên Cha _____

Người Giám Hộ/Thành Viên Trong Gia Đình Có Đóng Góp (Tên & Quan Hệ) _____

(Các) Tên Của (Các) Trẻ _____ Số ĐT Nhà _____

Số ĐTDĐ (mẹ) _____ Số ĐTDĐ (cha) _____

ĐT Sở Làm (Mẹ) _____ ĐT Sở Làm (Cha) _____

Địa Chỉ Gửi Hóa Đơn _____ Số Tài Khoản SACC _____

Địa Chỉ Email _____ **Tên Trung Tâm SACC** _____

Thông Tin Thu Nhập Gia Đình

		Mỗi Kỳ Lương (tổng)	**Tổng Hàng Năm**
Lương Mẹ/Người Giám Hộ	☐ tuần ☐ hai tuần ☐ hai tháng ☐ tháng	$ _____	$ _____
Lương Cha/Người Giám Hộ	☐ tuần ☐ hai tuần ☐ hai tháng ☐ tháng	$ _____	$ _____
Trợ Cấp Ly Hôn/Nuôi Con	☐ tuần ☐ hai tuần ☐ hai tháng ☐ tháng	$ _____	$ _____
Thu Nhập Khác (xin giải thích) _____			$ _____
Tổng Thu Nhập Hàng Năm của cả Gia Đình		(dòng 1)	$ _____
Khấu trừ			
Số trẻ em dưới 18 tuổi trong gia đình X $3.700,00		(dòng 2)	(-) $ _____
Thu Nhập Sau Điều Chỉnh:		(dòng 1 trừ dòng 2)	(=) $ _____

Tôi xác nhận rằng thông tin thu nhập trên là đúng và chính xác về tình trạng tài chính và thành phần của gia đình tôi. Tôi hiểu rằng khai không chính xác hoặc không đúng có thể sẽ mất quyền hưởng trợ cấp SACC. Tôi sẽ thông báo cho tổ Ghi Danh SACC trong vòng 10 ngày khi có bất kỳ thay đổi nào với thông tin đã cung cấp. Tôi hiểu rằng bất kỳ việc giảm phí nào xuất phát từ thông tin thu nhập gia đình cũng sẽ chỉ có hiệu lực kể từ thời điểm nhận được thông tin đó trở đi mà thôi, và không có hiệu lực trở về trước.

Tôi xác nhận rằng tôi đạt tất cả các tiêu chuẩn để được tham gia chương trình SACC.

Chữ Ký của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

OFC Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc

Fairfax County Department of Family Services

In Tháng 6/2011

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.