

Licensing Information for SACC Center Records

SACC 센터 기록에 대한 면허 정보

Virginia state licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled. (버지니아 주 면허 발급 기준에 의하면 SACC는 각 등록 아동에 대해 다음의 정보를 확보하도록 규정되어 있습니다.)

Child/ 아동	
Child's full name (아동의 전체 성명):	Nickname (별명):
Birth date (생년월일):	Gender (성별):
Address (주소):	Home phone (집 전화):
Primary language spoken in home (가정에서 사용하는 주 언어):	Current grade (현재 학년):
Other schools and programs child currently attends (아동이 현재 다니고 있는 기타 학교 및 프로그램):	
None (없음): <input type="checkbox"/>	
Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only) (예전에 다닌 보육 프로그램 및 학교 - SACC 신입생인 경우에만):	
None (없음): <input type="checkbox"/>	
Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, developmental information and special accommodations needed (처방약 및 투약 중인 약품, 만성 신체 또는 의료 질환, 발달 정보 및 특별히 필요한 편의 사항):	
None (없음): <input type="checkbox"/>	
Allergies or intolerance to food, medication, insect bites, etc. (식품, 약품, 곤충 물림에 대한 알레르기 또는 과민증):	
None (없음): <input type="checkbox"/>	
Actions to be taken in an emergency (응급 상황 시 필요한 조치):	
None (없음): <input type="checkbox"/>	
Child's physician (아동의 주치의):	Phone (전화):

Parents/Guardian (부모/보호자)

Custodial mother's full name* (양육권 있는 어머니의 전체 성명*):	
Custodial mother's address (if different from child's) (양육권 있는 어머니의 주소 - 아동의 주소와 다를 경우):	Home phone (집 전화):
Cell phone (휴대 전화):	Work phone (직장 전화):
Email (이메일):	Employer (고용주):

Custodial father's full name* (양육권 있는 아버지의 전체 성명*):	
Custodial father's address (if different from child's) (양육권 있는 아버지의 주소 - 아동의 주소와 다를 경우):	Home phone (집 전화):
Cell phone (휴대 전화):	Work phone (직장 전화):
Email (이메일):	Employer (고용주):

Other guardian or custodial agency (full name or title) (기타 보호자 또는 양육 기관 - 전체 이름 또는 기관명):	
Other guardian or custodial agency's address (if different from child's) (기타 보호자 또는 양육 기관의 주소 - 아동의 주소와 다를 경우):	Home phone (집 전화):
Cell phone (휴대 전화):	Work phone (직장 전화):
Email (이메일):	Employer (고용주):

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.
참고 사항: 적합한 법적 서류가 SACC에 제공되지 않는 한 교사는 아동을 부모에게 인수해야 합니다.

Emergency Contacts and Authorized Pick-Up Persons

비상 연락처 및 승인된 아동 인수자

At least two emergency contacts must be provided. (최소 2개의 비상 연락처를 제공해 주셔야 합니다.)

Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick-up or in case of an emergency if parents cannot be reached (부모에게 연락이 닿지 않을 경우, 아동 인수 또는 응급 상황 시 연락할 두 명의 성명, 주소 및 전화번호):

1.	Name (성명):	Home phone (집 전화):
	House Number and Street (집 번지 및 거리):	Work phone (직장 전화):
	City and Zip Code (도시 및 우편번호):	Cell phone (휴대 전화):
2.	Name (성명):	Home phone (집 전화):
	House Number and Street (집 번지 및 거리):	Work phone (직장 전화):
	City and Zip Code (도시 및 우편번호):	Cell phone (휴대 전화):

Additional persons authorized to pick up child (아동을 인수하도록 승인된 다른 사람들):

	<u>Name (성명)</u>	<u>Home # (집 전화)</u>	<u>Cell # (휴대 전화)</u>	<u>Work # (직장 전화)</u>
1.				
2.				
3.				
4.				

Agreement/Signature (동의서/서명)

Please indicate yes or no (예 또는 아니요에 체크해 주십시오):

Yes (예) 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. **본인은 산책, 자전거 타기, 수영 및 FCPS 또는 대중 교통을 이용해야 하는 활동을 포함하여 자녀가 현장 학습을 나가는 것을 허가합니다. 본인은 현장 학습의 일자, 목적지 및 횟수가 통지될 것임을 이해합니다.** No (아니요)

Yes (예) 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, Web, 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. **본인은 자녀가 SACC 프로그램에 참여하는 동안 인쇄물, 전자 장비, 웹 또는 방송 미디어를 사용함에 있어 Fairfax 카운티 정부 대리인 또는 해당 매체에 의해 사진 촬영, 비디오 촬영 또는 인용의 대상이 되는 것을 허가합니다.** No (아니요)

Yes (예) I give permission for SACC/OFC 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: **본인은 SACC/OFC 스태프와 본인 자녀의 학교 스태프가 자녀에게 서비스를 제공함에 있어서 필요한 경우 자녀에 대한 정보를 교환하는 것을 허가합니다. 여기에는 본인의 자녀와 관련된 일체의 기록(즉, 의료 기록, 응급처치 정보 또는 학업 기록 등)의 사본이 포함됩니다. 학교 스태프뿐만 아니라 SACC 스태프도 필요한 경우 자녀에 대한 정보를 다음의 사람들과 공유하는 것을 허가합니다.** No (아니요)

Name (성명)

Relationship (관계)

Contact # (연락처)

- 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. **본인은 응급 상황이 발생하고 본인에게 즉시 연락이 닿지 않을 경우, SACC 스태프가 자녀에게 응급 의료 조치를 취하도록 허가합니다.**
- 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. **본인은 자녀가 아프다는 연락을 받으면 가능한 빨리 자녀를 인수하도록 조치를 취하는 데 동의합니다. SACC는 본인의 자녀가 아플 경우 본인에게 알리는 데 동의합니다.**
- 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. **본인은 자녀나 직접적인 가구 구성원이 주 보건관리위원회(State Board of Health)가 규정한 바에 따라 즉각 신고가 필요한 전염병에 걸린 경우, 24시간 이내 또는 다음 영업일까지 센터에 사실을 알리는 데 동의합니다. 생명이 위협한 질병은 예외로, 이는 즉시 신고해야 합니다.**

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. **본인은 본 양식을 읽었으며 본인이 제공한 정보가 완전하고 정확하다는 것을 인정합니다. 본인은 본 정보에 변경 사항이 있을 시 가능한 빨리 SACC 센터에 통지할 것입니다. 본인은 본 동의서의 사본이 본인 자녀의 누적 학교 파일에 포함될 수 있음을 이해합니다.**

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____
 부모 또는 보호자 서명 _____ 일자 _____

Center use only (센터 전용):	
Date child entered care: _____	Date child left care: _____

AGREEMENTS

Certification of Eligibility for SACC Services, Cancellation Agreement, and Payment Policies

Eligibility: 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 unable to work due to a disability; or any equivalent combination of 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.

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

Payment Policies: I understand and agree to the following Fairfax County Government policies for Returned Check Fees, Late Payment Charges and Delinquent Collections:

A fee of \$50 will be charged for any check returned for insufficient funds.

A late payment fee of 10% will be charged on any account not paid in full on or before the original due date.

Interest at the rate of 10% per annum will be charged on all past due accounts.

Accounts past due for more than 30 days are also subject to a \$30 collection fee.

Pursuant to County policy, delinquent accounts may be placed with the Fairfax County Department of Tax Administration (DTA) for collection. DTA employs private collection agents to collect all debts. By state law, collection agents may charge debtors an additional collection fee of 20% on all amounts past due.

Collection actions may include wage liens, bank liens, property seizures, court procedures and flagging of credit records.

I understand and agree to the terms of the SACC program policies for eligibility and cancellation. I also understand and agree to the Fairfax County payment and delinquent collections policies.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Printed Name _____

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



A Fairfax County, VA publication.



Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TTY 711.

약관

SACC 서비스 자격 확인, 동의 취소 및 납부 정책

자격: 본인은 자녀와 한 집에 사는 모든 성인들이 다음의 기준을 충족해야 함을 이해합니다. 주당 30시간 이상 근무, 전일제 학교 출석(12학기 시간), 주당 30시간 이상 직접 훈련 프로그램 참석, 장애로 인한 직업 활동 불가, 또는 상응하는 상기 조건의 조합.

본인은 본 가구의 모든 성인들이 상기 자격 요건을 충족함을 확인합니다. 본인은 본 가구의 모든 성인에 대해 언제든지 증거의 제공이 요구될 수 있음을 이해하며, 잘못되거나 위조의 정보를 제공하면 SACC 서비스를 받지 못하는 결과를 낼 수 있음을 이해합니다. 본인은 일체의 정보 변경 사항을 10일 이내에 SACC 측에 통지할 것입니다.

취소: 본인은 또한 다음의 서비스 약관에 동의합니다. 본인은 서비스 취소 시 최소 2주 전까지 SACC 측에 통지해야 하며, 앞서 취소되지 않은 서비스에 대한 요금을 납부할 책임이 있습니다. 또 본인의 자녀의 최소 출석 또는 비출석과 상관없이 앞서 취소되지 않은 서비스에 대해서는 환불이나 크레딧을 받지 못합니다. 해당 월의 15일 이전에 취소된 등록에 대해서는 반개월의 서비스에 대한 요금이 청구되며, 해당 월 15일 이후에 취소된 등록에 대해서는 1개월의 서비스에 대한 요금이 청구됩니다. 등록 또는 대기를 취소 하면 다음 년도에 대해서도 동일하게 등록 또는 대기가 취소됩니다. SACC는 반복적으로 연체하거나 체납한 경우, 서비스를 취소할 권리를 보유합니다.

납부 정책: 본인은 수표 반환 수수료, 연체 비용 및 체납액 징수에 관한 Fairfax 카운티 정부의 정책을 이해하며 이에 동의합니다.

예금 부족으로 반환된 일체의 수표에 대해 \$50의 수수료 청구

원 납부 만기일 이전에 완납되지 않은 계정에 대해 10%의 연체 수수료 청구.

연체된 모든 계정에 대해 연간 10%의 연이율 청구.

30일 이상 연체된 계정에 대해서도 \$30의 징수 수수료 청구.

카운티 정책에 의거, 체납 계정은 징수를 위해 Fairfax 카운티 세금관리부(DTA)에 이관될 수 있습니다. DTA는 사설 징수 기관(추심업체)을 고용하여 채무 전액을 징수합니다. 주 법에 따라 징수 기관은 채무자에게 연체된 전액의 20%를 추가 징수 수수료로 청구할 수 있습니다.

징수 행위에는 임금 선취, 예금 선취, 재산 압류, 법정 소송 및 신용기록 표시가 포함될 수 있습니다.

본인은 자격 및 취소에 관한 SACC 프로그램 정책의 약관을 이해하며 이에 동의합니다. 본인은 또한 Fairfax 카운티 납부 및 체납액 징수 정책을 이해하며 이에 동의합니다.

부모/보호자 서명 _____ 일자 _____

서명(인쇄체) _____

문의 사항 연락처: SACC 전화 703-449-8989번, TTY 711. SACC 온라인 www.fairfaxcounty.gov/ofc를 방문하십시오.

Fairfax County
O F C Office for Children



A Fairfax County, VA publication.
버지니아 주 Fairfax 카운티
발행물

Fairfax County Department of
Family Service:



Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TTY 711. 합리적인 편의 사항은 요청 시 제공됩니다. 703-449-1414 또는 TTY 711로 전화해 주십시오.