

Fairfax County Office for Children (Oficina de niños del Condado de Fairfax)

School Age Child Care (Cuidado de Niños en Edad Escolar)

12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035

Phone: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304

www.fairfaxcounty.gov/familyservices/office-for-children/sacc

La nueva verificación de ingreso debe ser presentada en cada mes de Julio (independientemente de la fecha de inicio) y cuando ocurran cambios a lo largo del año. Usted debe notificar a la Oficina de Registración de SACC dentro de diez días útiles de cualquier cambio en las horas trabajadas semanalmente, ingreso o tamaño familiar.

APLICACIÓN PARA LA ESCALA DE TARIFAS

Nombre de la madre: _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ N° celular: _____
N° teléfono de trabajo: _____

Dirección de facturación: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ N° celular: _____
N° teléfono de trabajo: _____

Dirección de facturación _____ Correo electrónico: _____

Tutor/Integrante contribuyente del grupo familiar (Nombre y Relación): _____

N° celular: _____ N° teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del/los niño(s): _____ N° teléfono de casa: _____

N° cuenta de SACC: _____

Información del ingreso del grupo familiar

					Pago bruto por periodo		Total anual bruto
(encierra en un círculo una opción)							
<u>Salario de la madre/tutor</u>	semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	Línea A	\$ _____
Fecha de inicio de trabajo: _____							
<u>Salario del padre/tutor</u>	semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	Línea B	\$ _____
Fecha de inicio de trabajo: _____							
<u>Manutención de menores/ Pensión alimenticia</u>	semanal	quincenal	bimestral	mensual	\$ _____	Línea C	\$ _____
<u>Otros ingresos</u> (por favor explique) _____						Línea D	\$ _____
Total anual bruto del grupo familiar: Línea A + Línea B + Línea C + Línea D						Línea E	\$ _____
Deducciones							
Número de hijos menores de 18 años en el grupo familiar X (multiplicado por) \$4,150						Línea F	\$ _____
Ingreso ajustado del grupo familiar: Línea F – (menos) Línea E						Línea G	\$ _____

He leído y entiendo los requisitos de elegibilidad para el programa de SACC. Certifico que todos los adultos en el grupo familiar cumplen con los requisitos de elegibilidad. También certifico que la información del ingreso mencionado arriba es verdadera y la declaración de la situación financiera y composición de mi grupo familiar es certera. Entiendo que proporcionando información inexacta o errónea podría resultar en la pérdida de elegibilidad para la tarifa reducida y/o reembolso. Notificaré a la Oficina de Registración de SACC dentro de 10 días si hay algún cambio en la información proporcionada.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



A Fairfax County, Va., publication
Printed 06/2018
Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia



Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TTY 711.
Se proporcionarán adaptaciones especiales mediante solicitud; llame al 703-449-1414 o TTY 711.