



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

## Requisitos de Elegibilidad

SACC está disponible para las familias que residen en el condado de Fairfax o la ciudad de Fairfax cuyos hijos estén atendiendo desde kinder hasta sexto grado así como niños y jóvenes de 5 a 21 años que participan en los centros Key y Kilmer.

## Escala de Tarifas y Formulario de Información Económica

**SACC proporciona una escala de tarifas reducidas para familias de ingreso eligible.**

**Si el ingreso anual ajustado de su grupo familiar es menor a \$140,400 per al año, usted podría ser eligible para la tarifa reducida para el cuidado de su hijo. No se requiere empleo para la elegibilidad del programa SACC.**

Para aplicar para la tarifa reducida, por favor:

- Complete el **Formulario de Información Económica de SACC**.
- Indique cualquier **Otro Ingreso** incluidos manutención de los hijos, pensión alimenticia, Seguro Social, pensión, beneficios de desempleo, discapacidad, beneficios de SSA / SSI, etc.
- Indique **Participación en Otros Programas** - Comidas Escolares Gratuitas o Reducidas, Medicaid, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Cupones de Alimentos (SNAP), Iniciativa de Virginia para el Empleo y el Trabajo (VIEW), Vales de Elección de Vivienda / Asistencia de Vivienda.
- Indique **Otras Circunstancias** - Experimentar la falta de vivienda o residir en un refugio.

## Información de la Evaluación de Ingresos

- Proporcione una copia de la colilla de pago más reciente de todos los adultos que viven como familia en el grupo familiar, los cuales comparten ingresos y gastos. Complete un Formulario de Verificación de Empleo solo si no recibe colillas de pago.
- **Personal Militar** – En adición al pago básico, las asignaciones especiales tales como BAH, BAS, y CMA son consideradas como ingresos obtenidos.
- **Desempleados** – Por favor complete el Formulario de Verificación de Desempleo.
- **Trabajador Independiente y Impuestos Presentados** - Proporcione 1040, el Anexo 1 y el Anexo C.
- Enviar todos los formularios por correo electrónico a [ncssaccregistration@fairfaxcounty.gov](mailto:ncssaccregistration@fairfaxcounty.gov) o por fax al 703-653-1304. Información adicional y todos los formularios están disponibles en el sitio web de SACC, [Registration | Office for Children \(fairfaxcounty.gov\)](http://Registration|OfficeforChildren(fairfaxcounty.gov)).
- Se puede solicitar documentación adicional.
- **Reverificación del ingreso** – La reverificación debe ser sometida cuando ocurren cambios a lo largo del año. Usted debe notificar a SACC dentro de 10 días útiles de cualquier cambio en su ingreso.
- Para todas las preguntas relacionadas con los formularios financieros, llame al Registro de SACC al 703-449-8989.



Se proporcionarán adaptaciones especiales mediante solicitud; llame al 703-449-1414 o TTY 711.



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia 07/2024



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

## 1. Aplicación para Escala de Tarifas - Requerida

### INFORMACIÓN DE PADRES/HIJOS

**Padre/Tutor 1**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha Nacimiento:	N° de celular:	N° teléfono de trabajo:
Dirección Casa:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				

**Padre/Tutor 2**

Primer nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	N° de celular:	N° teléfono de trabajo:
Dirección Casa:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:				

**Otro Tutor/Integrante contribuyente del grupo familiar**

Primer nombre:	Apellido:	Relación con el niño:	N° de celular:	N° teléfono de trabajo:
Correo electrónico:				

**Información del niño/s**

Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:

**N° de Cuenta (Si lo sabe):** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DEL HOGAR

	Pago bruto por periodo	Total <u>ANUAL</u> bruto
<p><b>Salario del padre/tutor 1</b></p> <p style="text-align: center;">(Marque uno)</p> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimestral <input type="checkbox"/> mensual	\$ _____	Línea A \$ _____
<input type="checkbox"/> Actualmente soy trabajador independiente <input type="checkbox"/> Actualmente estoy desempleado		
<p><b>Salario del padre/tutor 2</b></p> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimestral <input type="checkbox"/> mensual	\$ _____	Línea B \$ _____
<input type="checkbox"/> Actualmente soy trabajador independiente <input type="checkbox"/> Actualmente estoy desempleado		
<p><b>Manutención de menores/ Pensión alimenticia</b></p> <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimestral <input type="checkbox"/> mensual	\$ _____	Línea C \$ _____

**Otros Ingresos** (Por favor explique, tales como Seguro Social, pensión, beneficios de desempleo, discapacidad, beneficios de SSA / SSI): \_\_\_\_\_

Línea D \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL anual bruto del grupo familiar:** Línea A + (mas) Línea B + (mas) Línea C + (mas) Línea D

Línea E \$ \_\_\_\_\_



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

**2. Información Adicional de Deducción Anual de Hogar - Opcional**

Complete esta sección si desea que se revisen las deducciones adicionales.

**INFORMACIÓN DE DEDUCCIÓN**

**Número de Hijos a Cargo** (Nacimiento – 6º grado) **Línea F** \_\_\_\_\_

**Gastos Anuales Adicionales de Cuidado Infantil** (Nacimiento - 6º grado, se requiere estado de cuenta del proveedor de cuidado infantil). *\*Se darán consideraciones para los niños con discapacidades que requieren cuidado infantil continuo después del 6º grado.* **Línea G** \$ \_\_\_\_\_

**Facturas Médicas Recurrentes** (Se requieren documentos de respaldo, como facturas, estados de cuenta médicos, etc.) **Línea H** \$ \_\_\_\_\_  
 \* Los servicios de atención médica médicamente necesarios requieren el cuidado y tratamiento de una enfermedad, lesión o afección relacionada con el embarazo, y no se brindan solo por conveniencia.

**Gastos de Cuidado de Ancianos/ Cuidado de Parientes** (Se requieren documentos de respaldo, como gastos recurrentes, facturas de cuidado, etc.) **Línea I** \$ \_\_\_\_\_

**Deducciones Anuales Totales del Hogar:** Línea G + (mas) Línea H + (mas) Línea I **Línea J** \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL Anual Ajustado del Grupo Familiar:** Línea E de página 1 - (menos) Línea J **Línea K** \$ \_\_\_\_\_

**CIRCUNSTANCIAS ADICIONALES O PARTICIPACIÓN EN OTROS PROGRAMAS**

**Experimentar la falta de Vivienda o Residir en un Refugio**  Si  No

**Participación en Otros Programas** Consulta todos los programas en los que participan actualmente:

- Comidas escolares gratuitas o reducidas
- Medicaid
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Cupones de alimentos (SNAP)
- Iniciativa de Virginia para el Empleo y el Trabajo (VIEW)
- Vales de Elección de Vivienda/Asistencia de Vivienda
- Otros (por favor explique a continuación)

Se solicitará documentación adicional.

**3. Certificación - Requerida**

Certifico que la información de ingresos anterior es una declaración verdadera y precisa del estado financiero y la composición de mi hogar. Entiendo que dar información inexacta o errónea puede resultar en la pérdida de elegibilidad para tarifas reducidas y / o reembolso. Notificaré a SACC Registration dentro de los 10 días hábiles de cualquier cambio en la información proporcionada.

Firma del padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Se proporcionarán adaptaciones especiales mediante solicitud; llame al 703-449-1414 o TTY 711.



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia 07/2024