

CONDADO DE FAIRFAX, VIRGINIA
SERVICIOS PARA EL VECINDARIO Y LA COMUNIDAD – OFICINA PARA NIÑOS
DIVISION DE EDUCACION A LA COMUNIDAD Y SERVICIOS AL PROVEEDOR
12011 Government Center Parkway, Suite 800 Fairfax, VA 22035-1102
Teléfono (703) 324-8100 Fax (703) 653-1302 TDD (Virginia Relay) 711
APLICACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR
(Por favor escriba a mano o a máquina)

CEPS Team #

Initial
Renewal

SECCION A

Un pago no reembolsable de \$14.00 debe acompañar esta aplicación. Haga un cheque personal, o cheque certificado o giro postal pagable a la Oficina Para Niños, (OFC). Puede usar un solo cheque para todas las cuotas. Incluya su nombre en la Sección A, C, y D.

Nombre del Proveedor _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____ Fax _____
Casa/Trabajo _____ (Opcional) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección/Nombre del sitio de cuidado de niños (si diferente) _____ Teléfono del día _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Cuáles son los horarios propuestos y los días de operación? Horas _____ Días _____
Fecha de Nacimiento _____
Raza _____ Grupo étnico Hispano _____ No Hispano _____

Usted tiene un permiso del Condado de Fairfax para cuidar niños? Sí _____ No _____
Ha tenido un permiso de Cuidado de Niños del Condado de Fairfax? Sí _____ No _____

SECCION B- Complete la siguiente información de todos los niños de 13 años o menores que vivan en la casa. (Indique N/A si no es aplicable)

1. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

2. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

3. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

4. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

SECCION C- Solicitud de Búsqueda del Registro Central y Formulario Para dar Información
Complete la siguiente información de todos los adultos y niños de 14 años de edad o mayores que vivan en la casa, incluyendo el solicitante y todos los proveedores de cuidado sustituto. (Indique N/A si no es aplicable)

1. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

2. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

3. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

4. _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sexo _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo/nosotros entendemos que esta información es requerida por la Oficina para Niños para todas las personas 14 años de edad o mayores quienes son miembros, asistentes, o empleadores de cuidados a niños que viven en la casa, como condición de aplicación y participación en programas de la Oficina para Niños (OFC). Yo/nosotros estamos de acuerdo de notificar a la Oficina para Niños dentro de 21 días cuando algún residente de mi domicilio, no listado arriba, cumpla la edad de 14 años, y cuando alguien de 14 años o mayor se mude a mi domicilio. Yo/nosotros entendemos que estas personas también deberán consentir a los términos del contrato/acuerdo como una condición para continuar dentro los programas de la Oficina para Niños.

Aplicación para el Cuidado de Niños en el Hogar

SECCION D.- Historial Nacional de Huellas Digitales

Complete la siguiente información de todos los adultos de 18 años o mayores que vivan en su hogar, incluyendo al solicitante y a todos substitutos de cuidado de niños. (No deje espacios en blanco. Indique N/A, si no es aplicable.) Debe incluir un pago de \$27 por el procesamiento por cada persona abajo mencionada. En adición, adjuntar la declaración y acuerdo de exoneración por cada persona enlistada en la parte de abajo.

1. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sexo Raza Fecha de Nacimiento

Nombre de Soltera/o

2. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sexo Raza Fecha de Nacimiento

Nombre de Soltera/o

3. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sexo Raza Fecha de Nacimiento

Nombre de Soltera/o

4. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sexo Raza Fecha de Nacimiento

Nombre de Soltera/o

5. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Sexo Raza Fecha de Nacimiento

Nombre de Soltera/o

Estoy sometiendo esta aplicación para obtener un permiso que me autorice operar un centro de cuidado de niños en el hogar en la dirección mencionada en la sección A. Al hacer esta aplicación doy permiso al Condado para que inspeccione la propiedad y poder determinar acatamiento con el Capítulo 30 del Código del Condado de Fairfax. Además, al hacer esta aplicación estoy de acuerdo en cumplir con la estipulación del Código del Condado que se relaciona con los centros del cuidado de niños en el hogar.

SECCION E

Firma del Apicante _____ Fecha _____

El número máximo de niños (no residentes) que usted puede cuidar a un mismo tiempo es 4.