

Licensing Information for SACC Center Records

Información y Autorización para los Expedientes de los Centros SACC

Virginia state licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled. *(Las normas de autorización del estado de Virginia exigen a los centros SACC de obtener la siguiente información de cada niño inscripto.)*

| Child/Niño(a) | |
|---|---|
| Child's full name <i>(Nombre del niño/a)</i> : | Nickname <i>(Apodo)</i> : |
| Birth date <i>(Fecha de nacimiento)</i> : | Gender <i>(Sexo)</i> : |
| Address <i>(Dirección)</i> : | Home phone <i>(Teléfono de la casa)</i> : |
| Primary language spoken in home <i>(Idioma principal que se habla en el hogar)</i> : | Current grade <i>(Grado actual)</i> : |
| Other schools and programs child currently attends <i>(Otras escuelas/programas a que el niño(a) asiste actualmente)</i> : | |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/> | |
| Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only) <i>(Programas de cuidado de niños y escuelas que asistió - para niños que se matriculan a SACC por primera vez)</i> : | |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/> | |
| Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, pertinent developmental information, special care instructions, and/or any special accommodations needed <i>(Medicinas o condiciones medicas físicos crónicos, información pertinente al desarrollo, instrucciones de cuidados especiales, adaptaciones especiales necesarias)</i> : | |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/> | |
| Diagnosed* allergies to <i>(Alergias diagnosticadas* a)</i> : | |
| Actions to be taken in an emergency <i>(Medidas a tomar en caso de una emergencia)</i> : | |
| *A written allergy care plan signed by a physician is required for diagnosed allergies and must include instructions from a physician regarding the food or other allergen to which the child is allergic and steps to be taken in the event of a suspected or confirmed allergic reaction. <i>*(Un plan escrito de cuidado para alergia firmado por un médico es requerido para alergias diagnosticadas y debe incluir instrucciones del medico con respecto a la comida u otras alérgenas a los cuales el niño es alérgico y pasos a seguir en el evento de una reacción alérgica de una sospecha ó confirmación de una reacción alérgica).</i> | |
| Intolerance to food, medication, insect bites/stings, or any other substances <i>(Alergias o intolerancias a comidas, medicinas, picadas de insectos o cualquier otra sustancia)</i> : | |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/> | |
| Actions to be taken in an emergency <i>(Medidas a tomar en caso de una emergencia)</i> : | |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/> | |
| Child's physician <i>(Médico del niño/a)</i> : | Phone <i>(Teléfono)</i> : |

Parents/Guardian (*Padres/Apoderado*)

| | |
|---|---|
| Custodial mother's full name* (<i>Nombre de la madre que tiene custodia*</i>): | |
| Custodial mother's address (if different from child's) (<i>Dirección de la madre que tiene la custodia - si es diferente a la del niño</i>): | Home phone (<i>Teléfono de la casa</i>): |
| | Cell phone (<i>Teléfono del celular</i>): |
| Email (<i>Correo electrónico</i>): | Work phone (<i>Teléfono del trabajo</i>): |
| Employer (<i>Lugar de empleo</i>): | Employer Address (<i>Dirección de Empleador</i>): |
| Custodial father's full name* (<i>Nombre del padre que tiene custodia*</i>): | |
| Custodial father's address (if different from child's) (<i>Dirección del padre que tiene la custodia - si es diferente a la del niño</i>): | Home phone (<i>Teléfono de la casa</i>): |
| | Cell phone (<i>Teléfono del celular</i>): |
| Email (<i>Correo electrónico</i>): | Work phone (<i>Teléfono del trabajo</i>): |
| Employer (<i>Lugar de empleo</i>): | Employer Address (<i>Dirección de Empleador</i>): |
| Other guardian or custodial agency (full name or title) (<i>Otra Persona o Agencia que tiene la custodia – Nombre completo o título</i>): | |
| Other guardian or custodial agency's address (if different from child's) (<i>Dirección de la persona o agencia que tiene custodia - si es diferente a la del niño</i>): | Home phone (<i>Teléfono de la casa</i>): |
| | Cell phone (<i>Teléfono del celular</i>): |
| Email (<i>Correo electrónico</i>): | Work phone (<i>Teléfono del trabajo</i>): |
| Employer (<i>Lugar de empleo</i>): | Employer Address (<i>Dirección de Empleador</i>): |

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.
***Por favor tengan en cuenta:** Los profesores tienen que entregar los niños a los padres a menos que se presenten a SACC los papeles legales correspondientes.

Emergency Contacts and Authorized Pick-Up Persons

Personas Autorizadas a Recoger al Niño y a Quienes Llamar en Caso de Emergencia

At least two emergency contacts must be provided. (Al menos dos contactos de emergencia deben ser proporcionados.)

Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick-up or in case of an emergency if parents cannot be reached (*Los nombres, direcciones y números telefónicos de dos personas a quienes contactar para recogerlos o para casos de emergencia si no es posible comunicarse con los padres*):

| | | |
|-----------|--|---|
| 1. | Name (<i>Nombre</i>): | Home phone (<i>Teléfono de la casa</i>): |
| | House Number and Street (<i>Numero de Casa y Calle</i>): | Work phone (<i>Teléfono del trabajo</i>): |
| | City and Zip Code (<i>Ciudad y Código Postal</i>): | Cell phone (<i>Teléfono del celular</i>): |
| 2. | Name (<i>Nombre</i>): | Home phone (<i>Teléfono de la casa</i>): |
| | House Number and Street (<i>Numero de Casa y Calle</i>): | Work phone (<i>Teléfono del trabajo</i>): |
| | City and Zip Code (<i>Ciudad y Código Postal</i>): | Cell phone (<i>Teléfono del celular</i>): |

Additional persons authorized to pick up child (*Otras personas autorizadas a recoger al niño/a*):

| | <u>Name / Nombre</u> | <u>Home # (Casa #)</u> | <u>Cell # (Celular #)</u> | <u>Work # (Trabajo #)</u> |
|----|----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |

Agreement/Signature (Autorización/Firma)

Please indicate yes or no (*Indique por favor sí o no*).

Yes (Si) 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. *Autorizo a que mi niño(a) participe en paseos escolares/caminatas, montar bicicleta y incluyendo nadar, usando el transporte público o de FCPS si es requerido. Entiendo que me notificarán las fechas, el destino y los horarios de los paseos.* No

Yes (Si) 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, broadcast, or County social 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. *Autorizo a los representantes del gobierno del condado de Fairfax o a los medios a tomar fotografías, realizar grabaciones en video o citar expresiones de mi hijo mientras participe en las actividades del programa SACC, para usarlas en medios impresos, electrónicos o de radiodifusión, en Internet o medios de comunicación social del condado. Tanto el nombre como las fotografías, videos y citas de expresiones de mi hijo pueden usarse total o parcialmente y pueden editarse, producirse, duplicarse o distribuirse con fines informativos o promocionales. Las fotografías y videos del condado son propiedad del gobierno del condado de Fairfax, sin compensación alguna para mí, y pueden estar sujetos a la Ley de Libertad de Información de Virginia.* No

Yes (Si) 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, emergency care information, medical records, allergy action plans 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: *Yo autorizo el intercambio de información entre el personal de SACC/OFC y el personal de la escuela de mi hijo(a), cuando sea necesario, para facilitar los servicios requeridos para el(ella). Esto incluye el intercambio de copias de cualquier documento pertinente a mi hijo(a) tales como, archivos médicos, archivos de información de emergencia, planes de acción para alergias y/o archivos académicos. Además del personal de la escuela, también doy permiso para que el personal de SACC intercambie información sobre mi hijo según sea necesario con las siguientes personas:* No

| <u>Name (Nombre)</u> | <u>Relationship (Relación)</u> | <u>Contact # (Numero de Contacto)</u> |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

- 1.
- 2.

- I agree to provide the SACC staff a copy of my child's Commonwealth of Virginia School Entrance Health Form and Certification of Immunization and/or I give permission for the SACC staff to obtain a copy from my child's school. *Estoy de acuerdo con proporcionar al personal de SACC una copia del formulario de salud de ingreso a la escuela del estado de Virginia de mi hijo y certificación de vacunas y/o autorizar al personal de SACC a obtener una copia de la escuela de mi hijo.*
- 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. *Autorizo al personal de SACC a obtener atención médica para mi niño(a) inmediata si ocurre alguna emergencia, en casos en que no me puedan ubicar inmediatamente.*
- 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. *Yo estoy de acuerdo que haré arreglos para mi niño(a) que sea recogido lo mas pronto posible cuando me notifican que esta enfermo. SACC esta de acuerdo de notificame cuando mi niño(a) se enferme.*
- 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. *Yo estoy de acuerdo en informar el centro dentro de 24 horas o al siguiente día de trabajo después que mi niño o algún miembro inmediato de la casa haya desarrollado alguna enfermedad transmisible que ha sido definida por el Departamento de Salud Estatal, excepto por enfermedades que sean de alta amenaza a la vida, deben ser reportadas inmediatamente.*

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. *He leído este formulario y reconozco que la información que he proporcionado está completa y es correcta. Notificaré al centro SACC sobre cualquier cambio en la información. Entiendo que la ficha acumulativa escolar de mi hijo puede incluir una copia de este acuerdo.*

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____
 Firma del padre/madre o apoderado _____ Fecha _____

Center use only (Sólo para uso del centro):
 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 business 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/office-for-children/sacc.

Fairfax County

O F C Office for Children



A Fairfax County, VA publication.
Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TTY 711. *Para solicitar adaptaciones razonables conforme la Ley sobre personas con incapacidades (ADA), llame a 703-449-1414, O TTY 711.*

ACUERDOS

Certificación de Elegibilidad para los Servicios de SACC, Acuerdo de Cancelación, y Póliza de Pago

Elegibilidad: Entiendo que todos los adultos que viven en el hogar con mi hijo deben cumplir con los siguientes criterios: trabajar 30 horas o más por semana; asistir a una escuela tiempo completo (12 horas semestrales); asistir 30 horas de un programa de entrenamiento profesional por semana; no poder trabajar debido a una discapacidad; o cualquier combinación de los anteriores.

Declaro que todos los adultos en este hogar cumplen con los requisitos anteriores. Entiendo que puede ser requerido que todos los adultos den prueba de elegibilidad en cualquier momento, y que dar información falsa o equivocada puede resultar en la pérdida de los servicios SACC. Avisaré a SACC dentro de 10 días hábiles si alguna información cambia.

Cancelación: También acepto las siguientes condiciones de servicio: Para cancelar los servicios debo notificar a SACC por lo menos con dos semanas de antelación; seré responsable por el pago de los servicios no cancelados de antelación; no habrá reembolsos por servicios no cancelados de antelación, sin hacer caso a la asistencia mínima o falta de asistencia de mi hijo; las matrículas canceladas antes de o el día 15 del mes se facturarán por la mitad del mes y las cancelaciones de matrículas o de la lista de espera también cancelará la matrícula o lista de espera para el año siguiente; SACC reserva el derecho de cancelar los servicios debido a repetidos retrasos de pago o falta de pago.

Póliza de Pago: Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes pólizas de cargos para cheques devueltos, cargos por pago tardío, y cobranza de pagos delincuentes del gobierno del condado de Fairfax:

Habrá un cargo de 50 dólares para cualquier cheque devuelto por falta de fondos.

Habrá un cargo por pagos tardíos de 10% en cualquier cuenta no pagada en su totalidad en o antes de la fecha de vencimiento original.

Se facturará una tasa de interés de 10% por año en todas las cuentas vencidas.

Cuentas vencidas por más de 30 días también serán sujetas a un cargo de colección de 30 dólares.

Según la póliza del condado, cuentas morosas pueden ser transferidas al departamento de administración de impuestos del condado de Fairfax (DTA) para que sea colectada. El DTA utiliza agentes privados de cobro para todas las deudas. Por ley estatal, los agentes de cobro pueden cobrarles a los deudores una comisión de tarifa de 20% del total vencido.

Acciones de cobro pueden incluir embargos salariales, embargos bancarios, embargos inmobiliarios, diligencias judiciales y el señalamiento de los registros de crédito.

Entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones de las pólizas de elegibilidad y cancelación del programa SACC. También entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas de pago y cobranza de pagos delincuentes del condado de Fairfax.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

Nombre impreso _____

¿Preguntas? Marque a SACC al 703-449-8989; TTY 711. Visite SACC en línea www.fairfaxcounty.gov/office-for-children/sacc.

Fairfax County



Office for Children



A Fairfax County, VA publication.
Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Reasonable accommodations made upon request; call 703-449-1414 or TTY 711. Para solicitar adaptaciones razonables conforme la Ley sobre personas con incapacidades (ADA), llame a 703-449-1414, O TTY 711.