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

CEPS Team #

Initial ☐

Renewal ☐

APLICACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR

(Por favor escriba a mano o a máquina)

SECCION A

Un pago no reembolsable de $14.00 debe acompañar esta aplicación. Haga un cheque personal, o cheque certificado o giro postal pagable de County of Fairfax, VA. 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)_____ 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,

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 Aplicante_____ **Fecha**_____

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