

CONDADO DE FAIRFAX, VIRGINIA  
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS A LA FAMILIA  
 OFICINA DEL NIÑO  
 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 del Niño, (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 \_\_\_\_\_ Casa/Trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 (Opcional)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ 8

**Dirección/Nombre del sitio de cuidado de niños (si diferente)** \_\_\_\_\_ Teléfono del día \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ 8

Cuáles son los horarios propuestos y los días de operación? Horas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

Raza (grupo étnico) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

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 del Niño 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 del Niño (OFC). Yo/nosotros estamos de acuerdo de notificar a la Oficina del Niño 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 del Niño.

