

## Child Information for SACC Records

### Información de los niños para los archivos de SACC

Virginia Department of Education licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled. *(Los estándares de licencias del Departamento de Educación de Virginia requieren que SACC obtenga la siguiente información por cada niño inscrito.)*

| 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> :                    |
| Home Address <i>(Dirección de Domicilio)</i> :  | Home phone <i>(Teléfono de la casa)</i> : |
| Primary language spoken in home <i>(Idioma principal que se habla en el hogar)</i> :  |   |
| Base School <i>(Escuela Asignada)</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 <i>(Previos programas de cuidado de niños y escuelas que asistieron)</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> :   |   |
| None <i>(Ninguno)</i> : <input type="checkbox"/>  |   |
| Symptoms <i>(Síntomas)</i> :  |   |
| Actions to be taken in an emergency <i>(Medidas a tomar en caso de una emergencia)</i> :  |   |
| <p>*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.</p> <p>*<i>(Un plan escrito de cuidado para alergia firmado por un médico es requerido para alergias diagnósticas y debe incluir instrucciones del medico con respecto a la comida u otras alérgicas 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></p> |   |
| 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"/>  |   |
| Symptoms <i>(Síntomas)</i> :  |   |
| 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 parent's full name* ( <i>Nombre del padre que tiene custodia*</i> ):  |   |
| Custodial parent's address - if different from child's ( <i>Dirección del padre que tiene custodia - si es diferente a 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> ): |
| Additional custodial parent's full name* ( <i>Nombre del padre que tiene custodia*</i> ):   |   |
| Additional custodial parent's address - if different from child's ( <i>Dirección del padre que tiene la custodia - si es diferente a 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.

**\*Tenga en cuenta:** Los maestros deben entregar a los niños a los padres a menos que se proporcione la documentación legal adecuada a SACC.

**Emergency Contacts and Authorized Pick-Up Persons**  
**Personas Autorizadas a Recoger al Niño y a Quienes Llamar en Caso de Emergencia**

**At least two locally available emergency contacts must be provided. (Se deben proporcionar al menos dos contactos de emergencia disponibles localmente.)**

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):

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

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> |
|-----------|----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>1.</b> |                      |                        |                           |                           |
| <b>2.</b> |                      |                        |                           |                           |
| <b>3.</b> |                      |                        |                           |                           |
| <b>4.</b> |                      |                        |                           |                           |



## 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. *Yo autorizo a que mi niño(a) participe en excursiones: como caminar, andar en bicicleta, nadar y aquellas que requieran el uso de FCPS o transporte público. Entiendo que se me notificará de las fechas, destinos y horarios de los viajes.*  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. *Yo doy permiso para que mi hijo sea fotografiado, grabado en video o mencionado por representantes del Gobierno del Condado de Fairfax o medios de comunicación, mientras esté participando en las actividades del programa de SACC, para su uso en forma impresa, electrónica, página en internet, medios de difusión, o redes sociales del condado. El nombre / fotos / videos/ menciones de mi hijo pueden usarse total o parcialmente, y pueden ser editados, producidos, duplicados o distribuidos con fines informativos o promocionales. Las fotos del condado / videos son propiedad del gobierno del condado de Fairfax sin compensación para mí y podrían estar sujetos a Ley de Libertad de Información de Virginia.*  No

Yes (Si) I give permission for the SACC staff and staff at my child's school to exchange information about my child as needed to help provide services to them. 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 y el personal de la escuela de mi hijo(a), cuando sea necesario, para facilitar los servicios requeridos para ellos. 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

Name (Nombre)

Relationship (Relación)

Contact # (Numero de Contacto)

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. *Yo doy permiso al personal de SACC para obtener atención médica de emergencia para mi niño(a) inmediata si ocurre una emergencia y no puedo ser contactado de inmediatamente.*
- I agree to make arrangements to have my child picked up immediately if notified that they are ill. SACC agrees to notify me if my child becomes ill. *Yo acepto en hacer arreglos para que recojan a mi hijo si me notifican que está enfermo. SACC está de acuerdo de notificarme si mi niño(a) se enferme.*
- I understand my child will not be allowed to leave SACC unsupervised. I am aware that my child must be picked up by an authorized person as included in this form to include parent/guardian, emergency contacts and additional persons listed as authorized to pick up my child. I also understand appropriate legal paperwork must be on file in the event I as the custodial parent request SACC staff not to release my child to their other parent. *Yo entiendo que a mi hijo no se le permitirá salir de SACC sin supervisión. Soy consciente que mi hijo debe ser recogido por una persona autorizada mientras esté incluida en este formulario para incluir al padre/guardian, contactos de emergencia y personas adicionales listadas como autorizadas para recoger a mi hijo. También entiendo que el documento legal apropiado debe estar en el archivo en caso de que, yo como padre con custodia, solicite al personal de SACC que no entregue a mi hijo a su otro padre.*

- I agree to keep my child home if they have a fever, are sick, or experiencing symptoms of illness. I also agree to keep my child home if they are awaiting the results of a COVID-19 test due to symptoms, or if my child has tested positive for COVID-19 and has not yet met Fairfax County Public School's return to school requirements. *Acepto mantener a mi hijo en casa si tiene fiebre, está enfermo o experimenta síntomas de enfermedad. También estoy de acuerdo con mantener a mi hijo en casa si está esperando los resultados de una prueba de COVID-19 debido a los síntomas, o si mi hijo ha dado positivo por COVID-19 y aún no ha cumplido con los requisitos de regreso a la escuela de la Escuela Pública del Condado de Fairfax.*
- I agree to inform the center immediately if my child or any member of my immediate household is diagnosed with any life-threatening disease, including but not limited to COVID-19. 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. *Acepto informar al centro inmediatamente si mi hijo o cualquier miembro de mi hogar inmediato es diagnosticado con cualquier enfermedad potencialmente mortal, incluida, entre otras, COVID-19. Acepto informar al centro dentro de las 24 horas o el siguiente día hábil después de que mi hijo o cualquier miembro del hogar inmediato haya desarrollado cualquier enfermedad transmisible reportable, según lo definido por la Junta Estatal de Salud.*

I, \_\_\_\_\_, parent or legal guardian of \_\_\_\_\_, acknowledge and understand that there are health risks and dangers associated with the transmission of communicable diseases, including but not limited to COVID-19. I recognize that there may be an increased risk that my child(ren) will be exposed to and contract such communicable diseases by virtue of their participation in the SACC program. In consideration of the services to be rendered in connection with the SACC program, I, for myself and the child(ren) for whom I am parent or legal guardian, fully assume all of the risks associated with the participation of my child(ren) in the SACC program, including any and all risks of injury or illness. As such, I hereby agree to waive, release, defend, indemnify, and hold harmless Fairfax County, and its current and former employees, servants, agents, directors, Board members, departments, agencies, assigns and insurers, or all of them, from any and all liability, damages, and each and every action by my child(ren)'s participation in and/or associated with the SACC program, including, but not limited to exposure or transmission of COVID-19.

Yo, \_\_\_\_\_, padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, reconozco y entiendo que existen riesgos y peligros para la salud asociados con la transmisión de enfermedades transmisibles, que incluyen, entre riesgos y peligros para la salud asociados con la transmisión de enfermedades transmisibles, que incluyen, entre otros, COVID-19. Reconozco que puede haber un mayor riesgo de que mi(s) hijo(s) esté(n) expuesto(s) y contraigan tales enfermedades transmisibles en virtud de su participación en SACC. En consideración de los servicios que se prestarán en relación con SACC. Yo, por mi y para el (los) niño (s) del/los cual(es) soy padre o tutor legal, asumo completamente todos los riesgos asociados con la participación de mi (s) niño(s) en SACC, incluidos todos los riesgos de lesiones o enfermedades. Como tal, acepto renunciar, otorgar, defender, indemnizar y eximir de responsabilidad al Condado de Fairfax y a sus actuales y ex empleados, servidores, agentes, directores, miembros de la Junta, departamentos, agencias, encargados y aseguradoras o a todos ellos, de cualquier responsabilidad, daños y todas y cada una de las acciones por la participación de mi(s) hijo(s) en y/o asociados con SACC, incluyendo, pero no limitando a la exposición o transmisión del COVID-19.

I have read this form, agree to SACC policies as stated, 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.

*He leído este formulario, acepto las pólizas de SACC como se indica y reconozco que la información que he proporcionado es completa y correcta. Notificaré al centro de SACC de cualquier cambio en la información lo antes posible.*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <p>Center use only (Sólo para uso del centro):<br/>         Date child entered care: _____ Date child left care: _____</p> |
|--|

# AGREEMENTS

## SACC Cancellation Agreement and Payment Policies

**Cancellation:** I agree to the following terms of service: I will notify SACC 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; or due to minimal attendance by my child during a month of service. 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 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.



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

## SACC Acuerdo de cancelación, y póliza de pago

**Cancelación:** Yo acepto las siguientes condiciones de servicio: Para cancelar los servicios notificare a SACC de antelación; seré responsable por el pago de los servicios no cancelados por adelantado; no habrá reembolsos por servicios no cancelados por adelantado o debido a la asistencia mínima de mi hijo durante un mes de servicio. 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 cancelación de 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? Llame el SACC 703-449-8989; TTY 711.



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.*