



7200 Columbia Pike  
Annandale, VA 22003  
Website: accacdc.org

Phone: 703-256-0100  
Fax: 703-914-4834  
Email: info@accacdc.org

# WAIT LIST APPLICATION

1. Name(s) of child(ren) Being Enrolled \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 2. Family Information

Parent's Name: \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Primary Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

.....  
 Parent's Name: \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Primary Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

3. ACCA Child Development Center is a Full Day program that operates Monday through Friday from 7:00 am to 5:30 pm

4. Are you eligible for Child Care Subsidy?  Yes  NO  
 5. Do you work or study Monday through Friday for at least 30 hours per week?  Yes  NO  
 6. Do you work at ACCA or have a child enrolled in our program?  Yes  NO

7. Are you currently participating with any Fairfax County programs (i.e. WIC, TANAF, SNAP, Child Find, ITC, Other)   
 Yes  NO If yes, which program(s)? \_\_\_\_\_

8. Total Household Income Information (Includes mother's/stepmother's wages, father's/stepfather's wages, other household members, alimony/child support, unemployment benefits, and any other sources of income).

Number of people in household: \_\_\_\_\_ Gross amount per Pay Period: \_\_\_\_\_  
 How often (please mark one):  Weekly  Bi-Weekly  Monthly

**Please return this completed application along with the non-refundable \$25.00 Fee. Make checks payable to ACCA Child Development Center. You will be contacted by Intake Specialist to confirm Enrollment. If we cannot contact you, we will remove your name from the list. At the time Enrollment is offered, you will be asked to sign a Contract for Services/Fee Agreement detailing your child's enrollment, tuition, and security deposit information. Your child's enrollment in the program will not be confirmed until the Fee Agreement is signed and all deposits are paid.**

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY:

Waiting List Application Received  Payment Received  By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### ENROLLMENT:

Date: \_\_\_\_\_ Classroom: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_



7200 Columbia Pike  
Annandale, VA 22003  
Website: [accacdc.org](http://accacdc.org)

Phone: 703-256-0100  
Fax: 703-914-4834  
Email: [info@accacdc.org](mailto:info@accacdc.org)

## APLICACION PARA LISTA DE ESPERA

1. Nombre del(os) Niño(s)	Edad	Genero	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

### 2. Información Familiar

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

3. ACCA Child Development Center es un programa que funciona todo el día de lunes a viernes entre las 7:00 am y 5:30 pm

4. Usted califica para recibir ayuda del subsidio para cuidado de niños?  SI  NO

5. Trabaja o estudia de lunes a viernes al menos 30 horas cada semana?  SI  NO

6. Trabaja en ACCA o tiene un hijo(a) inscrito en nuestro programa?  SI  NO

7. Está participando en algún programa ofrecido por el Condado de Fairfax (WIC, TANAF, SNAP, Child Find, ITC, Otro)   
Yes  NO Si respondió sí, en qué programa(s)? \_\_\_\_\_

8. Cuál es el ingreso del hogar (incluye los ingresos de la madre/madrastra, padre/padrastro, otros miembros del hogar, pensión alimenticia, pensión, manutención de los hijos, beneficios de desempleo, and y cualquier otra fuente de ingreso).

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso bruto por periodo de pago: \_\_\_\_\_

Frecuencia (marque uno):  Semanal  Cada 2 semanas  Mensual

**Por favor devuelva esta solicitud llenada junto con la cuota no-reembolsable de \$25.00. El pago debe hacerse a nombre de "ACCA Child Development Center". Usted será contactado por el Especialista de Admisión para confirmar la inscripción. Si no podemos comunicarnos con usted, vamos a sacar su nombre de la lista. En el momento que se ofrece el espacio para la inscripción, se le pedirá que firme un Contrato de Servicio detallando el costo de inscripción de su hijo, la matrícula y la el cargo de depósito de seguridad. La inscripción de su hijo en el programa no será confirmada hasta que se firme el acuerdo de honorarios y todos los depósitos hayan sido pagados.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Waiting List Application Received  Payment Received By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ENROLLMENT:

Date: \_\_\_\_\_ Classroom: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_