

Para ser completado por el personal de CCCAP:

Fecha de recepción del formulario:

Número del caso:

## Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP) Formulario de redeterminación de elegibilidad

Su certificación actual está a punto de terminar y dejará de recibir beneficios de cuidado de niños a partir de \_\_\_\_\_. Complete y firme este formulario de redeterminación lo antes posible o antes de \_\_\_\_\_. Sin el formulario de redeterminación firmado y los documentos requeridos, no podremos determinar si continúa siendo elegible para el program de CCCAP.

### Definiciones:

- **Usted:** el padre o tutor principal que completa la solicitud.
- **Tutor:** un adulto legalmente responsable de cuidar a un niño, pero que no es el padre o madre.
- **Padres adolescentes:** padres menores de veintiún (21) años que tienen la custodia física de sus hijo(s) durante el período en el que se solicita el cuidado y que se encuentra en una actividad elegible como la asistencia a la escuela secundaria/preparatoria, programa de GED, actividad de formación profesional/técnica, empleo, trabajo por cuenta propia o búsqueda de empleo.
- **Tutor adicional/cónyuge:** una persona que vive en su casa y que cuida de sus hijos o proporciona ayuda y apoyo financiero. Se refiere a una persona que asume las obligaciones parentales de un menor, incluida la protección de sus derechos o una persona que asume el rol de padre de un menor sin haber pasado por el proceso formal de adopción.

### Instrucciones:

- **Este formulario debe ser presentado por el padre o la madre, el tutor de los niños que necesitan cuidado infantil.**
- **Completar este formulario no garantiza que la asistencia para el cuidado infantil continuará más allá de las fechas indicadas.**
- Deberá cumplir todos los criterios de elegibilidad para calificar y recibir la asistencia.
- Proporcione toda la información solicitada en la página 29 y la que le pida su trabajadora del programa CCCAP.
- Para evitar demoras en el procesamiento de su redeterminación y cualquier seguimiento adicional, complete cada sección y asegúrese de que toda la información esté completa y sea precisa.
- **Padres adolescentes:** No incluyan información sobre sus padres, aunque vivan con ellos.

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta redeterminación, póngase en contacto con la oficina de CCCAP de su condado.

### Sección 1a: Información de contacto del padre o tutor principal (OBLIGATORIA)

Su dirección:			Dirección de envío <input type="checkbox"/> ¿Es igual a su dirección de residencia?		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:			Condado:		
Información de contacto: <i>Proporcione al menos una</i>	Su correo electrónico <b>(obligatorio)</b> *Si ha cambiado, notifíquelo a su trabajador a del program CCCAP*:		Teléfono principal: ( ) Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Mensaje de voz. <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono secundario: ( ) Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Mensaje de voz. <input type="checkbox"/> Trabajo	
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal					

### Sección 1b: A efectos de la redeterminación, marque la opción que corresponda al lugar donde vive. (OBLIGATORIO)

<input type="checkbox"/> Vivo en un hotel o motel	<input type="checkbox"/> Vivo en un área de campamento	<input type="checkbox"/> Vivo en un albergue	<input type="checkbox"/> Vivo en la casa de otra persona debido a la pérdida de la vivienda, problemas económicos, etcétera.	<input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda precaria, como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, etcétera.	<input type="checkbox"/> Otra situación de vida temporal (explique)	<input type="checkbox"/> Ninguna es aplicable
Fecha de inicio de la situación en la que vive actualmente: ____/____/____						
Fecha prevista para la finalización de la situación (si se conoce): ____/____/____						

**Sección 2a: Información del hogar (OBLIGATORIA)****Mencione todas las personas que viven en su hogar, empezando por usted.**

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	¿Qué relación tiene con usted? (yo, tutor adicional/ cónyuge, hijo)	Si esta persona es un niño (a), ¿solicita cuidado para este niño (a) ?
			<b>YO</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C

## Sección 2b: Adultos adicionales en el hogar

**OBLIGATORIO:** ¿Alguno de los adultos mencionados en la sección 2a comenzó a formar parte de su hogar después de que completó la última solicitud o formulario de redeterminación de programa de CCCAP?  Sí  No

Si responde **SÍ**, debe completar el siguiente cuadro: Utilice papel adicional si es necesario.  
Si responde **NO**, pase a la sección 2c.

Fecha de entrada al hogar	Apellido, Nombre	Número de la Seguro Social (opcional)	Estado militar	Estado civil (ver códigos abajo)	¿Hispano o Latino? (S/N)	Raza(s): Enumere todas las que correspondan (vea los códigos a continuación)
			<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia nacional			
			<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia nacional			

**Códigos de raza (utilice todos los que correspondan):** **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano I: Indígena Americano o de Alaska **P**-Indígena de Hawái o de otras islas del Pacífico, **W**-Blanco  
**Códigos de estado civil:** **D**-Divorciado, **M**-Casado, **S**-Soltero, **P**-Separado, **W**-Viudo

## Sección 2c: Otros niños en el hogar

**OBLIGATORIO:** ¿Alguno de los niños mencionados en la sección 2a comenzó a formar parte de su hogar después de que completó la última solicitud o formulario de redeterminación de programa CCCAP?  Sí  No

Si responde SÍ, debe completar el siguiente cuadro: Utilice papel adicional si es necesario.  
Si responde NO, pase a la sección 2d.

Fecha de entrada al hogar	Apellido, Nombre	Número de la Seguridad Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidad de cuidados especiales?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado*
¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza(s): Enumere todas las que correspondan (vea los códigos a continuación)		Estado de vacunación: vacunas tradicionales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), no incluye vacunas de COVID-19 (ver códigos abajo):		

Nombre del(de los) padre(s) fuera del hogar que puede(n) tener obligación de manutención:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Fecha de entrada al hogar	Apellido, Nombre	Número de la Seguridad Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidad de cuidados especiales?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado*

\* "Inmigrante calificado" es un término federal obligatorio con un significado legal que va más allá de la residencia permanente legal. Incluye otras categorías, como los asilados, los refugiados y los inmigrantes cubanos y haitianos, entre otros. Artículo 1641 del Título 8 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC).

¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza(s): Enumere todas las que correspondan (vea los códigos a continuación)	Estado de vacunación: vacunas tradicionales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), no incluye vacunas de COVID-19 (ver códigos abajo):
--	--	---

Nombre del (de los) padre(s) fuera del hogar que puede(n) tener obligación de manutención:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Fecha de entrada al hogar	Apellido, Nombre	Número de la Seguridad Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidad de cuidados especiales?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de ciudadanía:  <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado*

¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza(s): Enumere todas las que correspondan (vea los códigos a continuación)	Estado de vacunación: vacunas tradicionales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), no incluye vacunas de COVID-19 (ver códigos abajo):
--	--	---

Nombre del(de los) padre(s) fuera del hogar que puede(n) tener obligación de manutención:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Código de razas (use todas las que correspondan):** **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**- Hispano **I**: Indígena Americano o de Alaska **P**-Indígena de Hawái o de otras islas del Pacífico, **W**-Blanco  
**Códigos de la cartilla de vacunación:** **IM**: Niño vacunado **ME**: Exención médica **NME**: Exención no médica **OT**: Otro (explique)

### Sección 2d: Acuerdos de custodia

**OBLIGATORIO:** ¿Hay niños que viven en su hogar que son parte de un acuerdo de Custodia Compartida o de otro tipo?  Sí  No

\* "Inmigrante calificado" es un término federal obligatorio con un significado legal que va más allá de la residencia permanente legal. Incluye otras categorías, como los asilados, los refugiados y los inmigrantes cubanos y haitianos, entre otros. Artículo 1641 del Título 8 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC).

Si responde SÍ, debe completar la siguiente tabla:  
Si responde NO, pase a la sección 3.

Nombre del menor	Custodia compartida o de otro tipo	Fecha de vigencia del acuerdo de custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Otro tipo de custodia (explique): _____	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Otro tipo de custodia (explique): _____	

**Sección 3: Existen otros programas que pueden beneficiarlos a usted y a su familia.**

Para que podamos ponerlo en contacto con esos programas, seleccione una de las tres siguientes opciones para cada programa: Ya participo; me gustaría saber más; o no estoy interesado.

*\* Si selecciona que le gustaría saber más al respecto, lo conectarán con esos programas a fin de que complete sus procesos solicitud para ver si usted califica.*

<p><b>Programas escolares Head Start/Early Head Start:</b> educación gratuita y de calidad para niños de 0 a 5 años <i>(no están disponibles en todas las comunidades).</i></p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p><b>Intervención a Temprana edad por sus siglas en inglés (Early Intervention Colorado):</b> apoyo para el desarrollo disponible sin costo alguno para niños desde el nacimiento hasta los 3 años</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más porque me preocupa el desarrollo de mi hijo desde el nacimiento hasta los 3 años. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p><b>Educación Especial de Preescolar:</b> apoyo escolar disponible sin costo para niños de 3 a 5 años</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más porque me preocupa el desarrollo de mi hijo de 3 a 5 años. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

<p><b>Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Colorado Works para recibir ayuda en efectivo:</b> asistencia en efectivo para aquellos que califican</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p><b>Asistencia alimentaria (SNAP):</b> asistencia para la compra de alimentos</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p>Programa de Alimentación y Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) ayudas para la alimentación, la nutrición y la lactancia para usted y su(s) hijo(s) de 0 a 5 años</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p><b>Asistencia de seguro médico de Medicaid/CHP+:</b> cobertura médica para los que reúnen los requisitos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p><b>Vale de elección de vivienda o ayuda en efectivo:</b> ayuda para pagar el alquiler o los servicios públicos</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p><b>Asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LEAP):</b> ayuda para pagar la factura de la calefacción</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>
<p><b>Asistencia médica para refugiados:</b> asistencia médica para refugiados</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.</p>

#### Sección 4: Su actividad

Para ser elegible para el program de CCCAP, necesitamos determinar si su actividad califica. Incluya toda la información de forma precisa en la siguiente sección. Se requerirá la verificación de la actividad en que está.

*Incluya los últimos treinta (30) días de recibos o cheques para la verificación; si los últimos 30 días no representan sus ingresos regulares, presente recibos o cheques de sueldo adicionales para determinar la elegibilidad con precisión.*

*Nota: Si alguno de sus trabajos comenzó en los últimos 60 días, proporcione una carta del empleador.*



**OBLIGATORIO: Sección 4a:**

Seleccione TODO lo que corresponda y complete toda la información solicitada para la actividad o actividades seleccionadas.

 **Empleado**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

**¿Tiene otro trabajo?** **No**     **Sí (si response SÍ, conteste las siguientes preguntas):**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

*\* Si tiene más de estos dos trabajos, puede completar páginas adicionales*

 **Trabajador por cuenta propia** como sociedad de responsabilidad limitada como sociedad unipersonal Otro: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

 **No estoy empleado**

¿Cuándo dejó de trabajar? (si corresponde)

\_\_\_\_\_

 **Buscando empleo**

Fecha de inicio (si corresponde):

\_\_\_\_\_

 **Persona con discapacidad**    Fecha de inicio: \_\_\_\_\_*La discapacidad es:* Permanente     Temporal (fecha de finalización): \_\_\_\_\_)¿Puede ocuparse de los niños?     Sí     No **De licencia de maternidad**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha prevista de finalización: \_\_\_\_\_

<p>Fecha de vencimiento de la revisión del médico (<b>si corresponde</b>): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>En huelga</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>De licencia médica</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>De descanso estacional</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p>
--	---

**OBLIGATORIO: Sección 4b: ¿Participa actualmente en actividades de capacitación o educación?**

Sí       No

**Si responde SÍ, deberá completar la siguiente tabla. (REQUIERE VERIFICACIÓN)**  
**Si responde NO, pase a la sección 4c.**

Nombre de la institución de capacitación/educación: \_\_\_\_\_

Tipo de capacitación:	Fecha de inicio efectiva:	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde):
<input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria/ Secundaria básica <input type="checkbox"/> Capacitación en habilidades laborales <input type="checkbox"/> Escuela de Formación Profesional o de Oficios <input type="checkbox"/> Programa de certificación <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria (primera licenciatura o inferior)  Cantidad de horas por semana: _____			

¿Est capacitación o educación le proporcionará un certificado o título?  Sí  No

Si responde Sí, ¿de qué tipo?:

Diploma de estudios secundarios/GED/Equivalente de estudios secundarios  Título de asociado  Título de licenciado

Título de maestría  Doctorado  Certificado en \_\_\_\_\_

**OBLIGATORIO: Sección 4c: ¿Se graduó en los últimos 12 meses?**  Sí  No

Si responde Sí, deberá completar la siguiente tabla.

Si responde NO, pase a la sección 5.

Grado obtenido:

Diploma de estudios secundarios/GED/Equivalente de estudios secundarios  Título de asociado  Título de licenciado

Título de maestría  Doctorado  Certificado en \_\_\_\_\_

### Sección 5: Actividad del tutor o cónyuge, añada todo lo que corresponda

OBLIGATORIO: ¿Hay algún tutor o cónyuge en su hogar? (Si es un padre adolescente, no incluya a sus padres)

Sí  No

Si responde Sí, debe completar las secciones 5a a 5c: (REQUIERE VERIFICACIÓN)

Si responde NO, pase a la sección 6.

**Para ser elegible para el programa de CCCAP, necesitamos determinar actividad de su tutor o cónyuge. Incluya toda la información de forma precisa en la siguiente sección. Se requerirá la verificación de la actividad en que están.**

***Incluya los últimos treinta (30) días de recibos o cheques de sueldo para la verificación; si los últimos 30 días no representan sus ingresos regulares, presente recibos o cheques de sueldo adicionales para determinar la elegibilidad con precisión.***

***Nota: Si alguno de sus trabajos comenzó en los últimos 60 días, proporcione una carta del empleador.***

**5a. Seleccione TODO lo que corresponda y complete toda la información solicitada para la actividad o actividades seleccionadas.**

**Empleado**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

**¿Tiene otro trabajo?**

**No**     **Sí (si response SÍ, conteste las siguientes preguntas):**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

*\* Si el tutor / o cónyuge tiene más de estos dos trabajos, puede completar páginas adicionales*

**Trabajador por cuenta propia**

como sociedad de responsabilidad limitada

como sociedad unipersonal

Otro: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas por semana: \_\_\_\_\_

**No está empleado**

¿Cuándo dejó de trabajar? (si corresponde)

\_\_\_\_\_

**Buscando empleo**

Fecha de inicio (si corresponde):

\_\_\_\_\_

**Persona con discapacidad**    Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

*La discapacidad es:*

Permanente     Temporal (fecha de finalización): \_\_\_\_\_

¿Es capaz de cuidar al niño(s)     Sí     No

**De licencia de maternidad**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha prevista de finalización: \_\_\_\_\_

<p>Fecha de vencimiento de la revisión del médico <b>(si corresponde)</b>: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>En huelga</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>De licencia médica</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>De descanso estacional</b>  Fecha de inicio: _____  Fecha prevista de finalización: _____</p>
--	---

**Sección 5b: ¿El tutor adicional o cónyuge participa actualmente en una actividad de capacitación o educación?**

Sí       No

**Si responde SÍ, deberá completar la siguiente tabla. (REQUIERE VERIFICACIÓN)**  
**Si responde NO, pase a la sección 5c.**

Nombre de la institución de capacitación/educación: \_\_\_\_\_

Tipo de capacitación:	Fecha de inicio efectiva:	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde):
<input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria/ Secundaria básica <input type="checkbox"/> Capacitación en habilidades laborales <input type="checkbox"/> Escuela de Formación Profesional o de Oficios <input type="checkbox"/> Programa de certificación <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria (primera licenciatura o inferior)  Cantidad de horas por semana: _____			

¿Esta formación o educación le proporcionará un certificado o título?  Sí  No

Si responde SÍ, ¿de qué tipo?:

Diploma de estudios secundarios/GED/Equivalente de estudios secundarios  Título de asociado  Título de licenciado

Título de maestría  Doctorado  Certificado en \_\_\_\_\_

5c. ¿El tutor adicional o cónyuge se ha graduado en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si responde SÍ, deberá completar la siguiente tabla.

Si responde NO, pase a la sección 6.

Grado obtenido:

Diploma de estudios secundarios/GED/Equivalente de estudios secundarios  Título de asociado  Título de licenciado

Título de maestría  Doctorado  Certificado en \_\_\_\_\_

## Sección 6: Ingresos por trabajo o empleo por cuenta propia

**OBLIGATORIO:** ¿Usted, o su tutor adicional o cónyuge, tiene ingresos adicionales por trabajo o por empleo por cuenta propia?

Sí  No

Si responde SÍ, debe completar el siguiente cuadro: Indique todos los empleos.

(REQUIERE VERIFICACIÓN)

Si responde NO, pase a la sección 7.

Nombre de la persona	Frecuencia de pago	Ingresos totales por período de pago (incluidasincluya propinas y comisiones) <i>antes de los impuestos</i>

### Sección 7: Pago de la manutención de los hijos por fallo judicial

**OBLIGATORIO:** ¿Usted, o su tutor o cónyuge, realiza pagos adicionales de manutención para algún hijo?

Sí       No

**Si responde SÍ, debe completar el siguiente cuadro: (SE REQUIERE LA VERIFICACIÓN DEL FALLO JUDICIAL Y EL PAGO).**

**Si responde NO, pase a la sección 8.**

Nombre de la persona que realiza el pago	Nombre del niño	Cantidad pagada	Con qué frecuencia se paga
		\$	
		\$	

### Sección 8: Manutención de los hijos recibida o exigida

**Su condado puede exigirle que solicite la manutención de hijos si no la recibe actualmente. Hable con su especialista del CCCAP para obtener más información.**

**OBLIGATORIO:** ¿Recibe manutención para alguno de sus hijos?       Sí       No

**OBLIGATORIO:** ¿Se ha ordenado manutención para alguno de sus hijos?       Sí       No       No sé

**Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas, debe completar la siguiente tabla:**

**Si responde NO a ambas, pase a la sección 9a.**

Nombre del (de los) menor(es)	¿Recibe manutención para menores?	¿Se ha ordenado manutención para menores?	Importe de la manutención para menores es pagada	Con qué frecuencia lo recibe	¿Cómo se paga? (Venmo, efectivo, cheque, registro de manutención familiar [FSR], etc.)	Nombre del padre que no tiene la custodia
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$			

### Sección 9a: Otros ingresos

Debe reportar todos los ingresos que llegan a su hogar para que su trabajadora de CCCAP pueda determinar si cuentan con toda la información a la hora de decidir su elegibilidad.

Revise la lista de “otros tipos de ingresos” que aparece a continuación.

**OBLIGATORIO:** ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene otros tipos de ingresos?

Sí       No

*Si no ve su tipo de ingresos en la lista, escríbalo en los espacios “otros” en la parte inferior.*

Si responde Sí, deberá completar la información que figura a continuación para cada persona de su hogar que tenga otros ingresos:

Si responde NO, pase a la sección 9b.

Sus otros ingresos:



Su otro tipo de ingreso	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha prevista de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/ manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo que no es dinero, por ejemplo, trabajar por la vivienda o la ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Indemnización por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos del tutor adicional o cónyuge:					

Tutor o cónyuge Otro tipo de ingreso	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/ manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo que no es dinero, por ejemplo, trabajar por la vivienda o la ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Indemnización por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos del menor <b>(No incluya la manutención de hijos contemplada en la Sec. 8)</b>	Nombre del menor:				

Otros tipos de ingresos del menor	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/ manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos					
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo que no es dinero, por ejemplo, trabajar por la vivienda o la ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Segurosocial (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Indemnización por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

**Sección 9b: Recursos Líquidos (recursos, pertenencias, objetos de valor, etc.)**  
**Si sus activos contables tienen un valor superior a \$1,000,000, es posible que no sea elegible para el CCCAP.**

**(OBLIGATORIO) ¿Usted, o su tutor o cónyuge, tienen algún recurso líquido?**  Sí  No

**Los recursos líquidos pueden incluir (entre otros):** dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, o pagos de sumas globales no recurrentes, etcétera.

**Si responde Sí, debe indicar el importe de sus recursos líquidos en dólares \$\_\_\_\_\_**

**(OBLIGATORIO) ¿Usted, o su tutor o cónyuge, tienen recursos no líquidos?**  Sí  No

**Los recursos no líquidos son activos no monetarios que pueden incluir (entre otros):** automóviles con o sin licencia, vehículos recreativos, bienes inmuebles, etcétera.

**Si responde NO, pase a la sección 10.**

**Si responde Sí, debe indicar el importe de sus recursos no líquidos en dólares \$\_\_\_\_\_**

**Si responde Sí, debe indicar el valor actual en dólares de sus recursos no líquidos \$\_\_\_\_\_**

**Sección 10: Horario de empleo, capacitación, escuelas o búsqueda de empleo**

**Complete su horario previsto. Si hay un tutor o cónyuge, complete los horarios de ambos. Si tiene más de un trabajo, indique el horario de ambos trabajos.**

<i>Ejemplo</i>	<i>Lunes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Martes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Miércoles</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Jueves</i> 8:00 a. m. - 3:00 p. m.	<i>Viernes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Sábado</i> 8:00 a. m. - 12:00 p.m.	<i>Domingo</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.
<b>SU HORARIO</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							
<b>HORARIO DEL TUTOR O CÓNYUGE</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							

Si su horario varía, explique:

---



---

**Sección 11: Horario para el cuidado actual de los menores (OBLIGATORIO)**

Complete una fila por cada menor que necesite cuidados. No incluya a los menores que no necesiten cuidados. Si hay cambios en el horario del cuidado de su hijo, DEBE informar a su trabajadora del program de CCCAP. Si necesita ayuda para identificar un proveedor, visite [www.coloradoshines.com](http://www.coloradoshines.com) o llame al 877-338-2273.

Nombre del menor	Menor en la escuela (de jardín de infantes a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Horarios del menor: Indique el <u>número previsto de horas de cuidado</u> que necesita al día. Si tiene un horario no tradicional, indique las horas exactas en que necesita el cuidado. Esta información es necesaria para que sepamos cuántas horas necesita que cubra el program CCCAP.							
			Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO)

Sí       No

Si contesta Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO)

Sí       No

Si responde Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Este menor está inscrito en un programa Head Start o Early Head Start?

Sí       No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del menor	Menor en la escuela (de jardín de infantes a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? **(OBLIGATORIO)**     Sí     No

Si contesta Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? **(OBLIGATORIO)**     Sí     No

Si responde Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Este menor está inscrito en un programa Head Start o Early Head Start?     Sí     No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción?    Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del menor	Menor en la escuela (de jardín de infantes a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? **(OBLIGATORIO)**  Sí  No

Si contesta Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? **(OBLIGATORIO)**  Sí  No

Si responde Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

¿Este menor está inscrito en un programa Head Start o Early Head Start?  Sí  No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Finalización: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre del menor	Menor en la escuela (de jardín de infantes a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? **(OBLIGATORIO)**  Sí  No

Si contesta Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? **(OBLIGATORIO)**  Sí  No

Si responde Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

¿Este menor está inscrito en un programa Head Start o Early Head Start?  Sí  No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Finalización: \_\_/\_\_/\_\_\_\_



Autorización para suministrar información

Autorización para suministrar información

Por medio de la presente, autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del Condado a suministrar información a cualquiera de las entidades que se indican a continuación en el curso de la administración del programa de servicios sociales. Libero al departamento del condado de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar.
- Cualquier empleador para el que trabaje o haya trabajado.
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda asistir.
- Cualquier autoridad de vivienda.
- Cualquier otra información que pueda ser pertinente para mi solicitud para programas de asistencia pública o la recepción de estos, incluidos Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Autorizo a las personas, agencias o instituciones indicadas a continuación a suministrar información al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del Condado en relación con mi solicitud para servicios sociales o la recepción de estos. También permito la inspección y la reproducción de los registros en su posesión en relación con mi caso por parte de cualquier representante autorizado del departamento del condado. Libero a la persona, agencia o institución de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar.
- Cualquier empleador para el que trabaje o haya trabajado.
- Cualquier documentación presentada para el trabajo por cuenta propia.
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda asistir;
- Cualquier autoridad de la vivienda; y/o
- Cualquier otra información que pueda ser pertinente para mi solicitud para programas de asistencia pública o la recepción de estos, incluidos Head Start y Early Head Start.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor o cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CUIDADO INFANTIL PARA FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS

Como destinatario de los beneficios del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), me comprometo a lo siguiente:

1. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil por escrito en el plazo de diez (10) días hábiles si el total de los ingresos de mi hogar supera el 85 % del Ingreso Medio del Estado (SMI) e informar en el plazo de cuatro (4) semanas de cualquier cambio en mi actividad. Entiendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que devolver cualquier beneficio que haya recibido y para el cual no era elegible. El importe de los ingresos según el tamaño de la familia se puede encontrar en [www.coloradoofficeofearlychildhood.com](http://www.coloradoofficeofearlychildhood.com).
2. Completar el proceso de redeterminación, incluida la entrega de un paquete de redeterminación completo y toda la verificación requerida, cuando sea necesario, para mantener mis beneficios del CCCAP.
3. Proporcionar a mi coordinador de cuidado infantil, como parte de la solicitud o en la redeterminación si esta no fue recibida previamente por mi coordinador de cuidado infantil, una copia de mi identificación con una foto vigente que haya sido tomada en los últimos diez (10) años, emitida por una escuela o por una agencia gubernamental federal o estatal de los Estados Unidos si estoy declarando la identidad de mi(s) hijo(s) debido a que él o ellos no tiene(n) identificación.
4. Me comprometo a proporcionar a mi coordinador de cuidado infantil los registros de vacunación de mi(s) hijo(s) si aún no están en edad escolar y el cuidado es proporcionado fuera de mi hogar por un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado no relacionado.
5. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado infantil. De no hacerlo, el condado podría no pagar por mi cuidado infantil.
6. Cooperar con la oficina de Servicios de Manutención de Hijos en relación con cualquier menor que esté recibiendo cuidado y tenga un padre ausente si mi condado requiere cooperación con los Servicios de Manutención para menores.
7. Utilizar el Sistema de Seguimiento de la Asistencia (ATS) aprobado por el Estado para registrar la entrada y la salida de mi(s) hijo(s) de la guardería en los días en que mi(s) hijo(s) asiste(n) a la guardería. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención de ATS aprobada por el estado, comprobaré la entrada y salida de mi(s) hijo(s) según las instrucciones de mi coordinador o proveedor de cuidado infantil.
8. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia (ATS) con mi proveedor de cuidado infantil ni con ninguna otra persona y notificar a mi coordinador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado infantil solicita esta información.
9. Pagar a mi proveedor de cuidado infantil la tarifa para padres que figura en mi notificación de autorización de cuidado infantil en el mes en que se recibe el cuidado.
10. Si mi caso de CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que yo haya proporcionado la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado recibió la verificación. También comprendo que seré responsable del pago durante la interrupción del servicio.

Como destinatario de los beneficios del CCCAP, reconozco lo siguiente:

1. Si yo o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado de niños está empleado por cuenta propia, yo/nosotros debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos del negocio y estoy de acuerdo en rastrear y verificar los ingresos, los gastos, el horario de trabajo y la necesidad de cuidado para ayudar en la determinación de mi elegibilidad.

2. Si el cuidado infantil se proporciona para una actividad laboral o de empleo por cuenta propia, el salario bruto sujeto a impuestos dividido por el número de horas trabajadas debe ser igual por lo menos al salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo el cuidado infantil. Si una iniciativa de empleo por cuenta propia tiene menos de doce (12) meses y no estoy ganando el salario mínimo, se lo comunicaré a mi coordinador de cuidado infantil para que pueda utilizar el Período de Lanzamiento de Empleo por Cuenta Propia.
3. La tarifa para padres que debo pagar se basa en los ingresos contables de la familia, el tamaño de la familia y la cantidad de menores en el cuidado, y está sujeta a cambios. Seré notificado de mi nueva tarifa para padre en el momento de la solicitud o de la redeterminación; o cuando se produzca una reducción o incremento de la tarifa para padre de mi hogar.
4. Si no pago mi tarifa para padre o coordino el pago de manera con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia de cuidado infantil con otro proveedor de cuidado infantil ni por medio de cualquier otro condado.
5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil ha dado intencionalmente información falsa por acción u omisión, los menores de mi hogar no podrán recibir asistencia de cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera infracción. Este delito está sujeto a procesamiento judicial en virtud de las leyes federales y estatales.  
Revisado en 10/2020

## DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

***Deberá presentar la siguiente documentación con este formulario:***

**SI HA TENIDO UN CAMBIO DE DOMICILIO, DEBE INCLUIR LA VERIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA, LO QUE PUEDE INCLUIR UNO DE LOS SIGUIENTES:**

- Un contrato de alquiler/renta
- Una factura de servicios públicos
- Un estado de cuentas de la hipoteca
- Un cheque en el que figure su dirección

**SI USTED U OTRO CUIDADOR EN SU CASO SON EMPLEADOS O TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA, DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE:**

- En el caso de los trabajadores por cuenta propia, un libro de contabilidad del negocio y copias de los ingresos totales del negocio, los gastos del negocio de los últimos treinta (30) días y el horario de trabajo previsto. (Tenga en cuenta que para seguir siendo elegible debe generar ganancias y debe cumplir con el salario mínimo federal actual).
- Comprobante de los ingresos y verificación de su horario de trabajo (su horario de trabajo solo se requiere si usted solicita el cuidado durante la noche o los fines de semana). Debe adjuntar copias de **sus ingresos de los últimos treinta (30) días** de todos los miembros del hogar. Tenga en cuenta que debe cumplir con el salario mínimo federal actual para seguir siendo elegible.

**Si acaba de empezar un nuevo trabajo**, debe proporcionar una copia completa de la carta de verificación de empleo que incluya: su fecha de inicio, su salario, su horario (si solicita cuidado durante las horas de la tarde, la noche o los fines de semana), la cantidad de horas/días que trabaja por semana, la frecuencia con la que se le pagará y la fecha de su primer recibo de sueldo.

**SI USTED U OTRO CUIDADOR EN SU CASO REALIZA UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN/FORMACIÓN, DEBERÁ INCLUIR LO SIGUIENTE:**

Una carta de la institución de educación/formación que confirme su inscripción. Esto puede incluir una verificación que identifique lo siguiente:

1. El programa en el que está inscrito.
2. Cuándo se espera que complete el programa.
3. Fechas de inicio y fin del trimestre, semestre o sesión.
4. Días/horas de clase (si se solicita el cuidado durante la tarde, la noche o el fin de semana).
5. Número de créditos.

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) en el departamento de servicios sociales y humanos de su condado.

Lista de comprobación de finalización					
	Completar la redeterminación		Adjuntar los recibos de sueldo requeridos		Adjuntar carta de verificación de empleo (si es un empleo nuevo)
	Firmar y fechar la redeterminación		Adjuntar toda la información sobre formación		Adjuntar la verificación de cualquier otro ingreso
	Adjuntar el horario de trabajo o de educación/formación (si se solicita el cuidado durante la tarde, la noche o el fin de semana)		Adjuntar toda la información sobre la educación		Adjuntar verificación de residencia (si ha cambiado de domicilio)

Certifico que, a mi saber y entender, la información de este formulario es correcta. Comprendo que no informar de los cambios o brindar información errónea puede dar lugar a la recuperación o a la interrupción de mis beneficios de cuidado de niños. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir ayuda para los gastos de cuidado de mi hijo.

---

<b>Firma del cuidador principal</b>	<b>Teléfono durante el día</b>	<b>Fecha</b>
-------------------------------------	--------------------------------	--------------

---

<b>Firma del otro cuidador adulto</b>	<b>Teléfono durante el día</b>	<b>Fecha</b>
---------------------------------------	--------------------------------	--------------

**RECORDATORIO  
IMPORTANTE:**

**Cualquier persona que haya dado intencionalmente información falsa por acción u omisión no puede obtener asistencia para el cuidado de niños en Colorado durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción. Este delito está sujeto a proceso judicial en virtud de las leyes federales y estatales.**

Debe informar por escrito cualquier cambio en sus ingresos en un plazo de diez (10) días calendario a partir del cambio cuando el total de ellos supere el ochenta y cinco por ciento (85 %) del nivel medio de ingresos del Estado. También debe informar por escrito, en un plazo de cuatro (4) semanas naturales si deja de ejercer su actividad de elegibilidad.

Puede obtener un formulario de Cambio de elegibilidad en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado en el departamento de servicios sociales y humanos de su condado.

Hasta que sea aprobada su participación en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted es responsable del costo del cuidado de niños. Pida más detalles a su coordinador de elegibilidad.

Una vez que se apruebe su participación en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted es responsable del pago de las tarifas para padres (si corresponde) a su proveedor. Pida más detalles a su coordinador de elegibilidad.

Para seguir siendo elegible para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted es responsable de proporcionar toda la información requerida para completar su redeterminación. Pida más detalles a su coordinador de elegibilidad.

Puede obtener un formulario de Cambio de elegibilidad en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado en el

## **DERECHO A APELAR Y SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si no está de acuerdo con una medida adoptada en relación con los beneficios de cuidado infantil, tiene los siguientes derechos:

- Recurrir a una reunión a nivel local para la resolución de disputas, que se deberá solicitar antes de la fecha de entrada en vigor de la medida propuesta.
- Si no está satisfecho con el resultado de la reunión local para la resolución de disputas, puede solicitar una audiencia imparcial a nivel estatal ante un juez de derecho administrativo si la solicitud de audiencia por escrito se envía por correo o se entrega a la Oficina de Tribunales Administrativos antes de los 10 días calendario posteriores al momento en que el condado envía por correo o entrega la decisión de la reunión a nivel local.
- Si no quiere realizar una reunión a nivel local o del condado para resolver su disputa, puede solicitar una audiencia a nivel estatal ante un juez de ley administrativa en caso de que el problema se pueda apelar y si su solicitud por escrito se envía por correo o se entrega a la Oficina de Tribunales Administrativos antes de los 90 días calendario posteriores a la fecha del aviso sobre la medida.
- Puede solicitar una revisión judicial de la decisión final de la agencia después de la audiencia imparcial a nivel estatal en el tribunal de distrito, tras agotar todos los derechos de apelación administrativa.
- Si estaba recibiendo asistencia para el cuidado infantil, puede solicitar la continuación de la asistencia hasta que la disputa se resuelva o hasta que la agencia tome una decisión final en caso de que la solicitud de una reunión local o una audiencia a nivel estatal se realice antes de la fecha de entrada en vigor de la medida propuesta que se está apelando. Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar cobrar o recuperar todos los beneficios que usted haya recibido y para los cuales no era elegible.

Si solicita una reunión local, el condado la programará. En su reunión, tendrá la oportunidad de presentar su caso. Las personas que revisen su caso no serán las mismas que las personas responsables de la medida que se disputa. Le recomendamos que, antes de decidir solicitar una reunión local para la resolución de disputas, hable con el trabajador social especializado en cuidado infantil de su condado y con el supervisor de este último. Con frecuencia, sus preguntas e inquietudes se pueden resolver hablando con el personal del condado responsable de realizar cambios en sus subsidios para el cuidado infantil.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial a nivel estatal, debe enviar la solicitud a la siguiente dirección:

**Office of Administrative Courts  
1525 Sherman St.  
4<sup>th</sup> Floor  
Denver, Colorado 80203**

- En la carta, debe indicar que desea apelar la medida del condado y el motivo por el cual desea apelar. Si necesita ayuda para seguir este paso, puede pedírsela a cualquier persona, hablar con una oficina de asesoramiento legal o con un abogado, o pedirle al trabajador social especializado en cuidado infantil que lo ayude.
- Cuando la Oficina de Tribunales Administrativos reciba su carta, le enviará una carta en la que se explicarán los siguientes pasos y se indicará la fecha de la audiencia de apelación. También se explicará quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonios y demás información sobre la audiencia.

- A lo largo de este proceso de apelación, tiene derecho a ser representado o asistido por un abogado, un familiar, un amigo o una persona de su elección que hable en su nombre.

## **Discriminación**

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color de piel, sexo, edad, religión, creencia política, nacionalidad o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
1961 Stout Street - Room 1426  
Denver, Colorado 80294  
(303) 844-2024 o (303) 844-3439 (TDD)

**Guarde esta página como  
referencia.**

# Boulder County CCAP – Visitación/Custodia de Niños

Complete este formulario requerido para todos los niños que solicitan atención de CCAP que tienen visitas con un padre/tutor que vive fuera de su hogar.

¿Existe un acuerdo de visitas para este niño?                      Sí     No

Si no, vaya hasta el final y firme.

Si tiene un acuerdo de visitas, complete el calendario de visitas a continuación para cada niño que necesita CCAP y tiene visitas con un padre fuera de su hogar. Complete el horario con los días, horas y fechas en que su hijo está con el otro padre.

Nombre completo de niño/a	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom

Incluya cualquier otra información sobre el horario de visitas de su hijo que sea más específica con fechas (por ejemplo, horario variable, horario rotativo, cada dos semanas, etc.): \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Cusodio/a







## SOLICITUD PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DEL CONDADO DE BOULDER

Nombre del cliente en CCAP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El cuidado de niños que necesita:

	Niño/a #1	Niño/a #2	Niño/a #3
Nombre del niño/a:			
Cuidado que necesita:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Edad escolar:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de cuidado:	FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
Para edad escolar solamente:	ANTES DEL LA ESCUELA SOLO <input type="checkbox"/> DESPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETO NO CLASE <input type="checkbox"/> VERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>	ANTES DEL LA ESCUELA SOLO <input type="checkbox"/> DESPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETO NO CLASE <input type="checkbox"/> VERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>	ANTES DEL LA ESCUELA SOLO <input type="checkbox"/> DESPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETO NO CLASE <input type="checkbox"/> VERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>

**Nombre del Niño/a #1:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_ **Dirección y número de licencia:** \_\_\_\_\_

DIA	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
# horas							

Este es un cambio en el cuidado de niños, finalice la fecha de cuidado en \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_

**Nombre del Niño #2:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_ **Dirección y número de licencia:** \_\_\_\_\_

DIA	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
# horas							

Este es un cambio en el cuidado de niños, finalice la fecha de cuidado en \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_

**Nombre del Niño #3:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_ **Dirección y número de licencia:** \_\_\_\_\_

DIA	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
# horas							

Este es un cambio en el cuidado de niños, finalice la fecha de cuidado en \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE FORMULARIOS ADICIONALES PARA CUALQUIER NIÑO ADICIONAL QUE NECESITE CUIDADO**

3460 N. Broadway, Boulder, CO. 80304, OR 515 Coffman St., Longmont, CO 80501

E-mail: [imaging@bouldercounty.org](mailto:imaging@bouldercounty.org) call: 303.441.1000