

**ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE  
CUIDADO INFANTIL PARA PERSONAS 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 un plazo de diez (10) días calendario si el total de los ingresos de mi grupo familiar supera el 85 % de los Ingresos Medios del Estado (SMI) e informar en un plazo de cuatro (4) semanas de cualquier cambio en la actividad que hace que califique. Entiendo que también debo presentar una verificación de estos cambios y que tendré que devolver cualquier beneficio que haya recibido y para el cual no era elegible. Las cantidades de los ingresos según el tamaño del grupo familiar se puede encontrar en [cdec.colorado.gov](http://cdec.colorado.gov).
2. Completar el proceso de redeterminación, incluida la entrega de un paquete de redeterminación completo y toda verificación requerida, cuando sea necesario, para mantener mis beneficios del CCCAP.
3. Proporcionar a mi coordinador de cuidado infantil los registros de vacunación de mis hijos si aún no están en edad escolar y si el cuidado lo proporciona un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado no relacionado fuera de mi casa.
4. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado. De no hacerlo, el condado podría no pagar por mi cuidado infantil.
5. Utilizar el Sistema de Seguimiento de la Asistencia (ATS) aprobado por el estado, como se ha diseñado, para registrar la entrada y la salida de mis hijos de la guardería en los días en que asistan. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención de ATS aprobada por el estado, registraré la entrada y la salida de mis hijos según las instrucciones de mi coordinador o proveedor de cuidado infantil.
6. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia con mi proveedor de cuidado infantil ni con ninguna otra persona y notificar a mi coordinador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado pide esta información.
7. Pagar a mi proveedor de cuidado infantil la tarifa para padres que figura en mi notificación de autorización de cuidado de niños en el mes en que se reciba el cuidado.
8. Si mi caso del CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que yo proporcione la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado reciba 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 infantil, estoy/está empleado por cuenta propia, yo/nosotros debemos mantener ingresos promedio que excedan los gastos del negocio y estoy de acuerdo en llevar un registro y presentar una verificación de 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 entre la cantidad de horas trabajadas debe ser igual a, por lo menos, el salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo el cuidado infantil. Si un proyecto 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 poder utilizar el Período de Lanzamiento de Empleo por Cuenta Propia (Self-Employment Launch Period).

3. Mi tarifa para padres está basada en los ingresos contables del grupo familiar, el tamaño del grupo familiar y la cantidad de menores que necesitan cuidado, y está sujeta a cambios. Me informarán de mi nueva tarifa para padres en el momento de la solicitud o de la redeterminación; o cuando haya una reducción o incremento en la tarifa para padres de mi grupo familiar.
4. Si no pago mi tarifa para padres o no hago un acuerdo de pago aceptable con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia de cuidado con otro proveedor ni por medio de ningún otro condado.
5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil hemos dado intencionalmente información falsa por acción u omisión, los menores de mi grupo familiar no podrán recibir asistencia con el 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 proceso judicial en virtud de las leyes federales y estatales.

**YO/NOSOTROS certificamos que, según nuestro leal saber y entender, la información de este formulario es correcta. YO/NOSOTROS comprendemos que no informar de los cambios o dar información errónea puede dar lugar a la recuperación o a la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir ayuda con mis gastos de cuidado infantil.**

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

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

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.

## DERECHO A APELAR Y A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

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

- ◆ Si le deniegan los beneficios de cuidado infantil, deberá llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil en un plazo de quince (15) días de la fecha de dicha denegación para decir que quiere apelar.
- ◆ Si se modifican sus beneficios de cuidado infantil, deberá llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil en un plazo de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para decir que quiere apelar.
- ◆ Si se cancelan sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación para decir que quiere apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. En su reunión, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona que oficie la audiencia no será el autor del cambio o de la decisión.

Le recomendamos que, antes de que decida solicitar una audiencia a nivel del condado, hable con el coordinador de cuidado infantil de su condado y con el supervisor del coordinador. Con frecuencia, sus preguntas y preocupaciones se pueden resolver hablando con el personal del condado responsable de realizar cambios en sus subsidios para el cuidado infantil.

Si después de la audiencia a nivel del condado aún no está de acuerdo con la decisión, siga estos pasos para apelar la decisión ante el estado:

1. Escriba una carta a:

Office of Administrative Courts  
1525 Sherman Street  
4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

2. Debe apelar la decisión del condado en un plazo de 15 días de la fecha de envío por correo del Aviso de la decisión de la audiencia a nivel del condado.
3. En la carta, debe indicar que quiere apelar la decisión que se tomó en la audiencia a nivel del condado y el motivo por el cual quiere apelarla. Si necesita ayuda para hacer esto, puede pedírsela a cualquier persona, hablar con una oficina de asesoramiento legal o pedirle al representante de Servicios Sociales/Humanos del condado que lo ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts) programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó a tiempo. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos en la que se explicarán los próximos pasos, quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonio y otra información sobre la audiencia.

Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar cobrar todos los beneficios que usted haya recibido y para los cuales no era elegible.

### Discriminación

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, sexo, edad, religión, creencia política, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja a:

Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
1961 Stout Street  
Room 08-148  
Denver, CO 80294

Customer Response Center: (800) 368-1019  
Fax: (202) 619-3818  
TDD: (800) 537-7697

Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

Guarde esta página como referencia