



Condado de Boulder

Lista de espera por suspensión de las inscripciones del CCAP

¿Quién puede inscribirse en la lista de espera de CCAP del condado de Boulder?

- Cuidadores adultos y padres adolescentes residentes en el condado de Boulder.
- Cuidadores adultos y padres adolescentes que participen en una actividad subvencionable:
 - o Empleado/trabajador autónomo
 - o en búsqueda de empleo
 - o Educación básica (bachillerato, programa GED, inglés como segundo idioma)
 - o Formación (profesional o técnica)
 - o Educación postsecundaria (hasta la primera licenciatura)
- Cuidadores adultos y padres adolescentes con ingresos brutos totales inferiores a los ingresos mensuales máximos indicados a continuación para el tamaño de su hogar.

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos brutos mensuales máximos	\$4,437.00	\$5,593.50	\$6,750.00	\$7,906.50	\$9,063.00	\$10,219.50	\$11,376.00

¿Cuál es el proceso y los requisitos de la lista de espera por suspensión de las inscripciones?

- Los solicitantes deben presentar un cuestionario de preselección completo para su revisión.
- Los cuestionarios de preselección se tramitan por orden de recepción.
- Se notifica a los solicitantes por correo electrónico si han sido aprobados o rechazados para la lista de espera por congelación de inscripciones. Los solicitantes aprobados se colocan en la lista de espera por congelación de inscripciones.
- Los hogares en lista de espera sólo pueden inscribirse en la lista de espera y no pueden optar a los beneficios de CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben completar una recertificación cada seis meses para que CCAP pueda determinar la elegibilidad del hogar para permanecer en la lista de espera. Este documento será enviado por correo electrónico a los hogares.
- Los hogares en lista de espera deben notificar a CCAP si su dirección de correo electrónico cambia, ya que la comunicación y la recertificación se envían por correo electrónico desde CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben visitar el sitio web de CCAP del condado de Boulder para obtener actualizaciones del programa, información adicional y recursos.
- Si hay cupos disponibles, se contactará por correo electrónico con las familias que estén en lista de espera y se les pedirá que rellenen una solicitud.

¿Tiene preguntas? Consulte nuestro sitio web bouldercountychildcare.org o envíe sus preguntas por correo electrónico a ccap@bouldercounty.gov.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Cuestionario de preselección para participar en la lista de suspensión de las inscripciones (PSQ)

Todas las secciones marcadas con (*) son INFORMACIÓN OBLIGATORIA y deben cumplimentarse o la solicitud podrá ser denegada.

*Nombre del solicitante (Apellidos, Nombre, Segundo nombre): _____

*Fecha: _____

*Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): _____

*Dirección postal: (calle, ciudad, estado, código postal) _____

*¿Eres una persona sin hogar? Sí No

*Dirección de correo electrónico _____

*Teléfono principal: _____ Móvil Casa Trabajo

*Hay un segundo cuidador adulto en el hogar: Sí No *En caso afirmativo, debe incluirse información adicional sobre el cuidador.

Información del cuidador

*Nombre del cuidador principal adulto: _____

SSN: _____ *Fecha de nacimiento: _____ *Género: Masculino Femenino

*Empleado o trabajador autónomo: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas.

Nombre del empleador: _____ Fecha de inicio: _____

Ingresos brutos mensuales: \$ _____ Media de horas trabajadas por semana: _____

Si es trabajador autónomo, seleccione el tipo:

Empresario individual 1099 Contratista SRL S-Corp Otro: _____

*Asiste a la escuela o a cursos de formación: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de formación y la fecha de inicio.

Nombre de la escuela o programa de formación: _____ Fecha de inicio: _____

* Búsqueda de empleo: Sí No

* Discapacitado: Sí No

*Nombre del cuidador adulto adicional: _____

SSN: _____ *Fecha de nacimiento: _____ *Género: Masculino Femenino

*Relación con el cuidador principal adulto: _____

*Empleado o trabajador autónomo: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas.

Nombre del empleador: _____ Fecha de inicio: _____

Ingresos brutos mensuales: \$ _____ Media de horas trabajadas por semana: _____

Si es trabajador autónomo, seleccione el tipo:

Empresario individual 1099 Contratista SRL S-Corp Otro: _____

***Asiste a la escuela o a cursos de formación:** Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de formación y la fecha de inicio.

Nombre de la escuela o programa de formación: _____ Fecha de inicio: _____

*Búsqueda de empleo: Sí No

*Discapacitado: Sí No

Información sobre los hijos

Niño uno: Necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Niño dos: necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Niño Tres: Necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Niño Cuatro: Necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Niño Cinco: Necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Niño Seis: Necesita cuidados: Sí No

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Relación con el cuidador principal _____

Asiste a la escuela: Sí No

Necesidades especiales: Sí No

Ingresos adicionales

*¿Recibe usted o algún otro miembro de la unidad familiar otro tipo de ingresos? Sí No

En caso afirmativo, debe indicar el tipo de ingresos, su importe y la frecuencia con que se perciben (semanal, bimensual, mensual, etc.).

Algunos ejemplos son la manutención de los hijos, la pensión alimenticia, el desempleo, los beneficios de jubilación, los beneficios para veteranos, las asignaciones militares, las contribuciones en efectivo, los ingresos en especie, la compensación de los trabajadores, los intereses de los ahorros, los dividendos de las acciones o bonos, las rentas vitalicias, la seguridad social (invalidez para supervivientes, jubilación), los ingresos de seguridad suplementarios (SSI), etc.

Tipo de ingreso _____ Importe \$ _____ Frecuencia de percepción _____

Tipo de ingreso _____ Importe \$ _____ Frecuencia de percepción _____

Tipo de ingreso _____ Importe \$ _____ Frecuencia de percepción _____

Activos

*¿Dispone usted o el cuidador adicional de recursos líquidos o dinero en efectivo?

Sí No *En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ _____

¿Dispone usted o el cuidador adicional de recursos no líquidos o no monetarios?

Sí No *En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ _____

Manutención de los Hijos

*¿Hay algún miembro de su hogar que esté pagando la manutención de los hijos por un hijo que no resida en su casa?

Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto paga al mes? \$ _____

Notificación y constancia del intercambio de datos

Al firmar este documento, reconozco y acepto que para permanecer en la lista de espera o participar potencialmente y recibir beneficios y servicios a través del Colorado Child Care Assistance Program ("CCCAP"), que el Departamento de Servicios Humanos de mi condado local (el "Condado") y el Departamento de la Primera Infancia de Colorado ("CDEC") pueden necesitar compartir información sobre mí con cualquiera de las entidades que se indican a continuación:

- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno -incluida cualquier entidad que participe directamente en la administración o suministro de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno-, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Además, reconozco y acepto que el Condado y el CDEC pueden requerir información y documentación de las entidades enumeradas a continuación para procesar mi Redeterminación para la Lista de Espera por Congelación de Inscripciones, para determinar mi elegibilidad en la lista de espera, o para administrar de otra manera mis servicios CCCAP afines. Al firmar este documento, autorizo a las entidades enumeradas a continuación a divulgar información sobre mí al Condado y al CDEC para participar y recibir beneficios y servicios a través de CCCAP:

- Cualquier empleador para el que trabaje o haya trabajado,
- Cualquier documentación presentada en concepto de trabajador autónomo,
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda asistir,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno -incluida cualquier entidad que participe directamente en la administración o suministro de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno-, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start, y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Al firmar este documento, certifico que la información de este formulario es correcta, de acuerdo con mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información incorrecta o no completo el proceso de recertificación de la lista de espera cada seis meses, puedo ser eliminado de la lista de espera. He leído y acepto las condiciones expuestas.

*Firma del cuidador principal: _____ Fecha: _____

Firma del cuidador adicional: _____ Fecha: _____

Gracias por rellenar este formulario.