



Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños-Lista de espera

¿Quién es elegible para la lista de espera del CCAP del Condado de Boulder?

- Los padres que trabajan, o
- Los padres que están buscando trabajo (dentro de límites establecidos por el estado) o
- Los padres que están en un programa de educación postsecundario. (límites aplican)

Padres adolescentes de 20 años y menores son elegibles para solicitar CCAP a través de la solicitud. Los solicitantes deben ser residentes del Condado de Boulder.

TODAS LAS FAMILIAS DEBEN ESTAR EN UNA DE LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS ARRIBA. EL INGRESO NO DEBE SUPERAR LOS SIGUIENTES INGRESOS MENSUALES BRUTOS EN EL MOMENTO DE LA APROBACIÓN.

Tamaño de familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto mensual máximo	\$3045.00	\$3828.75	\$4612.50	\$5396.25	\$6180.00	\$6963.75	\$7747.50

Se le notificará por escrito vía correo o correo electrónico cuando su caso se coloca en la lista de espera. Cuando se disponga de espacio será contactado al proceso completo.

Tenga en cuenta para recibir CCAP:

- Todos los padres/adultos cuidadores deben cooperar con los servicios de manutención para los niños en cuidado con CCAP.
- Todos los padres/adultos cuidadores deben estar en una actividad elegible.
- Los padres que califiquen pueden tener un co-pago/cuota debido a su proveedor de cuidado de niños para una porción del costo total basada en sus ingresos.

Elegibilidad para asistencia continua es re-determina cada 12 meses.

Elegibilidad se determinará por el personal del Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños cuando el solicitante ha completado el formulario de preselección y recibe notificación de aceptación de lista de espera. Esta aceptación no es autorización para cuidado.

Una vez que se quita de la lista de espera se le notificará por escrito para completar el proceso

Cliente y el proveedor asumen responsabilidad financiera para el pago del cuidado de niño(s) si el cuidado se utiliza antes de que se reciba autorización de CCAP.



Cuestionario “Pre-Screening” para Lista de Espera (PSQ)

Todas las secciones estrelladas (*) denotan información requerida y deben ser completadas o la aplicación puede ser negada.

*Apellido/Nombre del solicitante: _____

Fecha _____ SSN (opcional): _____

*Dirección de residencia: _____

*Dirección de correo postal: _____

*Teléfono: Celular Casa Trabajo Mensaje (____) _____

*Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

*Tamaño de hogar: _____ ¿Hogar de dos padres?: Sí No

*Número de niños solicitando cuidado CCAP: _____

Información sobre el cuidador principal

*Por favor complete por todos los cuidadores adultos en el hogar

*Nombre del primer adulto: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

¿Empleado?: Sí No Empleador _____

Fecha de inicio: _____ Salario por hora: _____ #Horas/semana: _____

Frecuencia de pago: Mensual Quincenal Semanal Otro _____

¿Empleado autónomo? Si No LLC S-Corp Contratista de 1099 otro: _____

Estudiante: Escuela: _____ Créditos _____ Programa _____

Búsqueda de empleo Formación profesional Internship/trabajo estudio GED ESL Discapacidad

Nombre del segundo adulto: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

¿Empleado?: Sí No Empleador _____

Fecha de inicio: _____ Salario por hora: _____ #Horas/semana: _____

Frecuencia de pago: Mensual Quincenal Semanal Otro _____

¿Empleado autónomo? Si No LLC S-Corp Contratista de 1099 otro: _____

Estudiante: Escuela: _____ Créditos _____ Programa _____

Búsqueda de empleo Formación profesional Internship/trabajo estudio GED ESL Discapacidad

COUNTY USE ONLY:

Date:	Tech:	Chats ID:	CBMS/Programs:	
CSS:	Unpaid PFs:	HH size:	Income:	FPL:
Priority:	Waitlist Eligible: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> reason:			

Información de niño(s)



*Por favor complete por cada niño en el hogar

Niño #1: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Niño #2: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Niño #3: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Niño #4: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Niño #5: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Niño #6: Necesita cuidado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha nacimiento: ___/___/___ SSN: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> En escuela: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado: _____ Necesidades especiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información adicional

*¿Se reciben ingresos adicionales en casa? Sí No
 Por favor indique la cantidad mensual recibida:

Manutención	\$	Beneficios de jubilación	\$	Compensativo del trabajador	\$
Mantenimiento/pension alimenticia	\$	Beneficios de veteranos	\$	Intereses de ahorros y CD	\$
Desempleo	\$	Asignación militar	\$	Dividendos en acciones/bonos	\$
SSDI	\$	Contribuciones en efectivo	\$	Rentas vitalicias	\$
SSI	\$	TANF/Colorado Works	\$	Otro	\$

*¿Hay alguien en su hogar pagando manutención ordenado por la corte? Sí No

*En caso afirmativo, que cantidad cada mes \$ _____ y ¿está al día o en mora (debe) ?

*Firma del solicitante: _____ Fecha: _____