



***** Atención *****

**Debe entregar su paquete completo de re- determinación antes del día
15 del mes.**

Por favor no entregue su paquete antes del primer día del mes de su re-
determinación.

***Usted tendrá que entregar los últimos 30 días de talones de cheques
con su re-determinación. ***

Note bien: CCAP tiene 10 días desde la fecha que recibimos su papeleo
para procesarlo.

Ud. corre riesgo de falta de cobertura con CCAP si el paquete se recibe
después del 15 del mes, está incompleto o le falta alguna verificación.

Por favor, preste mucha atención a la lista de verificaciones requeridas en
la siguiente página ya que habido cambios.

Verificaciones requeridas para la re-determinación de CCAP en el Condado de Boulder



Estimado participante CCAP,

Es el momento para completar su re-determinación. Favor de completar el paquete adjunto e incluir las siguientes verificaciones:

- **Verificaciones de ingreso** or favor entregue copias de todos los talones de cheques recibidos en los últimos 30 días del mes antes de la re-determinación. Si recientemente ha iniciado nuevo empleo (menos de 60 días) por favor envíe el formulario de verificación de empleo mostrando su ingreso estimado (fecha de contratación, fecha del primer talón de cheque, tarifa de pago, número de horas que trabaja cada semana, si impuestos se deducen de sus talones de cheques.
- Si Ud. es empleado autónomo, debe presentar una contabilidad de ingresos, horas trabajadas y gastos de negocio del mes antes la re-determinación (copias de los comprobantes de gastos deberán proporcionarse para que los gastos se deducen. Si es un LLC/S-Corp., debe informar CCAP de esto y presentar copias de los recibos de pago de los últimos 30 días de mes antes de su re-determinación o una declaración mensual de ganancias/pérdidas de la empresa que paga a Ud.
- **Otros ingresos**: Por favor proporcione verificación de cualquier otro ingreso recibido. Esto incluye pero no se limita a manutención, ingreso recibido por incapacidad, y pago de las fuerzas armadas.
- **Documentación de manutención**: Si su manutención no es a través del Condado de Boulder debe proporcionar verificación de estos ingresos. Ud puede proporcionar una copia del Registro de apoyo familiar (Family Support Registry) o de su manutención estatal. Si Ud. paga manutención de niños debe proporcionar verificación de este ingreso. Ud debe cumplir con de departamento de manutención para todos los niños para los cuales solicita cuidado CCAP antes de su periodo de redeterminación.
- **Estudiantes**: Por favor proporcione una copia del estado actual de la matrícula. CCAP aceptará copias oficiales de las listas de clase que Muestra las fechas de inscripción y verificación. Su nombre y escuela deben estar visibles en la documentación.
- **Otros miembros del hogar**: Por favor de proporcionar verificación de ciudadanía para cualquier nuevo miembro de su hogar que requiere cuidado. Note bien: una tarjeta de seguridad social no es comprobante para ciudadanía.
- **Verificación de residencia de su condado**: Por favor proporcione una copia de su más reciente contrato de arrendamiento, hipoteca, factura de teléfono o de electricidad, o registro de automóvil actual. Si Ud. no puede proporcionar éstos, puede presentar una carta firmada por su propietario o familiar indicando la dirección donde Ud. reside. La nota debe incluir el nombre y número de teléfono de tal propietario o familia y una verificación de residencia reciente (menos de 60 días) en el nombre del propietario o familiar.

Además de este paquete, por favor complete los siguientes formularios:

- **Acuerdo de responsabilidades del cliente**- por favor leer, firmar y poner la fecha.
- **Cuestionario de individuos no emparentados**. Indique cualquier individuo en el hogar no relacionado con Ud. o con los niños.
- **Formulario de visitación**- indique cuando Ud. tiene los niños y cuando el padre que no vive en la casa tiene los niños. Corre riesgo de una rotura en el cuidado si no completa este formulario. Documentos de la corte con el plan de crianza actual pueden utilizarse también.
- **Formulario de horario de los niños que necesitan cuidado**- Este formulario nos ayuda determinar qué tipo y cuanto cuidado requiere. Es importante que sepamos si los niños necesitan cuidado antes y después del colegio, cuidado en días cuando el colegio empiece tarde, días sin escuela, y cuidado de verano. Si necesita cuidado fuera de las horas tradicionales de 6ª-6:30pm debe proporcionar lo siguiente:
 - **Horario de trabajo del cuidador o padre/adulto**: por favor proporcione una copia de su horario de trabajo, una carta trabajo del empleador explicando las horas que trabaja o un formulario mostrando su horario semanal o estimado horario variable (incluya el número total de horas por semana).

Póngase en contacto con Boulder County CCAP si tiene cualquier pregunta en cuanto este paquete o la lista de verificaciones. Se puede comunicar con nosotros al 303.678.6014 o por correo electrónico a ccap@bouldercounty.org.

**** Por favor, recuerde que su paquete completo está previsto para el 15 del mes debido. Si CCAP recibe su papeleo tarde para la re-determinación puede ser que no cubra los días de cuidado usado en la guardería y que Ud. tenga que pagar la guardería por su cuenta. Es posible que tendrá que entregar verificaciones adicionales para re-determinar su caso. El entregar su paquete de re-determinación no garantiza autorización. Una vez que el trabajador de CCAP revise el papeleo que entregue para la verificación, podrá notificarle a Ud. y al proveedor si tiene Ud. una autorización.

Muchas gracias,

El equipo de CCAP

4. ¿Hay dos cuidadores adultos en su hogar*? (Si es madre o padre adolescente, no incluya a sus padres)
___ Sí ___ No **De ser así, conteste las preguntas 5 a 7**

Nombre del segundo Adulto cuidador*: _____

5. ¿Esa persona trabaja*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No De no ser así, ¿cuándo dejó de trabajar (fecha)? _____

6. ¿Esa persona tiene un segundo empleo*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No

7. ¿Esa persona tiene un nuevo empleo*? (Adjunte carta de verificación de empleo de su empleador)

___ Sí De ser así, complete lo siguiente: Fecha de inicio _____

___ No Nombre del empleador _____ Teléfono _____

*¿El nuevo empleo es además del antiguo? ___ Sí ___ No

Sección 3:

EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN*

Nombre del Adulto cuidador principal*: _____

8. ¿Está en capacitación*? _____ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? _____ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

9. ¿Está en capacitación*? _____ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? _____ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Sección 4:

BÚSQUEDA DE EMPLEO/DISCAPACIDAD*

*Nombre del Adulto cuidador principal: _____

10. ¿Busca empleo? _____ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Es discapacitado? _____ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Está en licencia de maternidad*? _____ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

11. ¿Esta persona busca empleo? _____ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Esta persona es discapacitada? _____ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Esta persona está en licencia de maternidad? _____ Sí ___ No

De ser así, ¿fecha de inicio? _____ De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Dependientes/niños recién agregados* (si corresponde)

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Códigos de razas (use todos los que correspondan): A-Asiático, B-Negro/Afroamericano, H- Hispano I: Indígena estadounidense/Nativo de Alaska P-Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico, W-Blanco

Códigos para registro de vacunas IM: Niño vacunado ME: Exención médica RE: Exención religiosa OT: Otro (explique)

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente NO son ciudadanos estadounidenses*? ____ Sí ____ No

De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre del niño*	Fecha de nacimiento*	Información de registro de extranjeros
		A
		A

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente forman parte de una Custodia compartida o Acuerdo de custodia de acogida?

Sí No De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre del niño*	¿Custodia compartida o Custodia de acogida?	Fecha en que pasó al acuerdo de custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida	

¿Alguna persona se ha ido del hogar*?

Sí

No De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre*	Fecha en que se fue*	Motivo por el cual se fue*

Sección 6:

Información sobre otros programas de beneficios

¿Usted o alguien más en su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas o participa en alguno de ellos?		De no ser así, ¿le gustaría recibir más información?
Colorado Works/asistencia con efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Low-Income Energy Assistance (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Food Assistance (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Child and Adult Care Food Program	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia de CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vale para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Refugee Medical Assistance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte B (3 a 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte C (0 a 3 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (explique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 7:

HORARIOS LABORAL, DE EDUCACIÓN O CAPACITACIÓN*

Ingrese su horario laboral o de educación o capacitación. Si hay dos adultos cuidadores en su hogar, ingrese los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, ingrese el horario laboral de todos sus empleos.

Ejemplo:	Lunes (am/pm)	Mar. (am/pm)	Miér. (am/pm)	Jue. (am/pm)	Vier. (am/pm)	Sáb.	Dom.
Horario:	8:00 a 5:00	8:00 a 3:00	8:00 a 5:00	8:00 a 3:00	(am/pm)	0	0
Horas:	9	7	9	7	8:00 a 5:00 9	0	0
MI HORARIO+	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Trabajo*							
Horas*							
Educación/capacitación*							
Horas*							
2^{DO} ADULTO CUIDADOR*	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Trabajo*							
Horas*							
Educación/capacitación*							
Horas*							

Si su horario varía, explique: _____

Sección 8:

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:						Fecha de vigencia inicial*:	Fecha de vigencia final*:
Nombre y N°. de licencia del proveedor*:							
Dirección del proveedor*:							
Ejemplo: Horario: Horario de atención al público:	<i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Sáb.</i> 0 0	<i>Dom.</i> 0 0
Día	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Horario*							
Horas*							
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción? Inicio: / / Final: / /							

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:						Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:
Nombre y N°. de licencia del proveedor*:							
Dirección del proveedor*:							
Ejemplo: Horario: Horario de atención al público:	<i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Sáb.</i> 0 0	<i>Dom.</i> 0 0
Día	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Horario*							
Horas*							
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción? Inicio: / / Final: / /							

COPIE ESTA PÁGINA PARA HORARIOS ADICIONALES DE NIÑOS, SI LA NECESITA

Página _____ de _____

Sección 9:

PREGUNTAS SOBRE INGRESOS*: Enumere TODOS los ingresos. Si no hay ingresos, ingrese un cero.

Ingrese el total de los ingresos mensuales de la familia*

Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del 2do adulto cuidador	Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del 2do adulto cuidador
Salario (antes de impuestos)*	\$	\$	Beneficios del Seguro Social como sobreviviente, pagos de seguro por discapacidad permanente*	\$	\$
Ingresos por empleo autónomo*	\$	\$	Bonos de arriendo/regalías*	\$	\$
Propinas o _____% en comisiones	\$	\$	Asignaciones militares*	\$	\$
Manutención de menores*	\$	\$	Prestaciones por paro*	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	Dividendos, intereses, ingresos de sucesiones o fideicomisos, ingresos netos de arriendos, regalías*	\$	\$
Recursos líquidos (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes, etc.)	\$	\$	Pagos de jubilación y pensiones* (pensiones de veteranos, Seguro Social)	\$	\$
Recursos no líquidos (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	\$	\$	Seguro de desempleo*	\$	\$
Indemnización por accidentes laborales*	\$	\$	Otros ingresos*	\$	\$
			TOTAL DE INGRESOS*	\$	\$
			TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES*	\$	

OTROS INGRESOS* (si corresponde) ¿Usted o alguien más en su hogar reciben alguno de los siguientes tipos de ingresos? De ser así, complete el cuadro a continuación.

1. Vale para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Asistencia con vales para alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, me gustaría presentar una solicitud	3. Asistencia en efectivo o de atención médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Colorado Works/asistencia con efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Low-Income Energy Assistance (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Ingresos de AmeriCorp	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la persona que recibe los ingresos*	Tipo de ingresos (use el número que aparece anteriormente) *		¿Con qué frecuencia los recibe*? (Mensualmente, semanalmente, etc.)		

Otros cambios o comentarios que desee hacer:

Autorización para suministrar información

Por medio del presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____, en la administración del programa de servicios sociales, para que suministre información a cualquiera de las entidades que se enumeran a continuación. Libero al departamento del condado de toda responsabilidad por suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo
- toda autoridad de vivienda
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Autorizo a las personas, agencias o instituciones que aparecen a continuación para que suministren información al Departamento de Servicios Sociales del Condado en relación con mi solicitud para servicios sociales o el hecho de recibirlos. También autorizo la inspección y reproducción de los registros en su posesión relacionados conmigo por cualquier representante autorizado del departamento del condado. Libero a la persona, agencia o institución de toda responsabilidad por el hecho de suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda documentación suministrada por empleo autónomo,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo,
- toda autoridad de vivienda,
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge u otro adulto cuidador: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Acepto notificar al asistente social encargado de cuidado infantil en un lapso de diez (10) días si el total de los ingresos de mi hogar supera el 85% de la Media de ingresos estatales y debo informarle en un lapso de cuatro (4) semanas si llegan a cambiar las actividades que me permiten participar. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que pagar los beneficios que haya recibido si no tenía derecho a recibirlos.

Marque un círculo alrededor del tamaño de su hogar y del total de la Media de ingresos estatales (SMI)

Tamaño del hogar	2	3	4	5	6	7	8	9
85% del SMI	\$4,235.20	\$5,231.72	\$6,228.23	\$7,224.75	\$8,221.27	\$8,408.12	\$8,594.96	\$8,781.81

2. Acepto que debo completar el proceso de nueva determinación cuando sea necesario, y todas las verificaciones necesarias.
3. Acepto que debo comprobar mis actividades que reúnen los requisitos cuando haya cambios en esta y en el momento de la nueva determinación. (Es necesario un horario si es empleado autónomo o cuando necesita cuidado infantil no tradicional, como de un día para otro, los fines de semana, o temprano por la noche.
4. Acepto notificar por escrito al asistente social encargado de cuidado infantil antes de cambiar proveedores de cuidado infantil, de lo contrario el condado puede no pagarlo.
5. Acepto ser responsable de la resolución de los problemas que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
6. Acepto notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre el posible abuso o abandono de un niño mientras esté en cuidado infantil.
7. Comprendo que, si alguno de los padres en mi hogar tiene empleo autónomo, yo/nosotros debo/debemos mantener un promedio de ingresos que exceda los gastos de negocios y acepto llevar un registro y verificar los ingresos, gastos, horario laboral y la necesidad de cuidado infantil para ayudar con la determinación de mi derecho a recibir la asistencia.
8. Comprendo que, si se me suministra cuidado infantil para mis actividades de empleo, o empleo autónomo, entonces los salarios brutos impositivos divididos por la cantidad de horas en trabajo deben equivaler por lo menos al salario federal actual al mínimo con el fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
9. Acepto que, si mi condado exige que se cumplan las órdenes de manutención infantil, colaboraré con la oficina de cumplimiento de la manutención infantil para todo niño que reciba cuidado infantil y tenga un padre o madre ausente.
10. Acepto no dejar en ningún momento mi tarjeta de CCAP en posesión de mi proveedor de cuidado infantil o puedo quedar sin derecho al Colorado Child Care Assistance Program.
11. Acepto usar mi tarjeta de CCAP para registrar la llegada y salida de mis hijos del cuidado infantil a diario o se puede cerrar mi caso de asistencia con cuidado infantil, y quedaré responsable de pagar los costos del cuidado infantil.
12. Comprendo que, si se me pierde, me roban o se daña mi tarjeta de CCAP, debo notificar al asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de dos (2) días laborales.
13. Comprendo que, si se me emiten tarjetas de CCAP nuevas, debo notificar si no las he recibido en un lapso de cinco (5) días laborales.
14. Comprendo que, si se descubre que una persona ha dado intencionalmente información falsa por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera ofensa, veinticuatro (24) meses por la segunda ofensa, y de manera permanente por la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.
15. **TARIFAS PARA LOS PADRES:**
 - a. Acepto pagar las tarifas para los padres que aparecen en la notificación de autorización para cuidado infantil y que se deben pagar al proveedor el primer día de cada mes en que reciba el cuidado.
 - b. Comprendo que las tarifas para los padres que debo pagar están basadas en mis ingresos, el tamaño de mi hogar y la cantidad de niños que reciben cuidado infantil y pueden cambiar cuando reciba notificación por adelantado de parte del condado.
 - c. Comprendo que, si no pago estas tarifas, o no hago los arreglos necesarios para plazos aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé los beneficios de cuidado infantil y no podré recibir asistencia con ningún otro proveedor de cuidado infantil ni por medio de ningún otro condado.

Firma del solicitante 1	Fecha	Firma del solicitante 2	Fecha

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con cualquier acción que se tome con respecto a los beneficios de cuidado infantil, tiene el derecho a apelar.

- ◆ Si se le **deniegan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la denegación para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **cambian** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **terminan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil antes de la fecha de vigencia de la terminación para indicarle que desea apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. Durante la audiencia, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona encargada de la audiencia no podrá ser la persona que originó el cambio o la decisión.

Antes de decidir si solicita una audiencia con el condado, le recomendamos conversar primero con su asistente social del departamento del condado encargado del cuidado infantil, y luego con el supervisor de esa persona. A menudo se pueden resolver sus preguntas e inquietudes si conversa con el personal del condado responsable del cambio en el subsidio de su cuidado infantil.

Si después de completar una audiencia con el condado, sigue en desacuerdo con la decisión, puede apelar la decisión ante el Estado siguiendo estos pasos:

1. Escriba una carta a: **Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street
4th Floor
Denver, CO 80203**
2. Debe apelar la decisión del condado en un lapso de 15 días de la fecha de envío de la Notificación de la decisión de la audiencia del condado.
3. En la carta debe indicar que desea apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué desea apelar la decisión. Si necesita ayuda con esto, puede solicitarle a cualquiera que le ayude, o puede conversar con una oficina de asistencia legal, o solicitarle a su representante del departamento de servicios sociales/humanos del condado que le ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó de manera oportuna. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos explicándole los siguientes 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 recolectar todos los beneficios suministrados para los que no tenía derecho.

La discriminación

Si cree que han discriminado en contra suya debido a raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja ante:

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)

Conserve esta página como referencia.

Cuestionario sobre individuos que viven en su casa que no son familia

Nombre del participante: _____ **# del caso:** _____

El programa de asistencia de cuidado de niño de Colorado (CCCAP) debe determinar si un adulto que vive en su hogar actúa como un padre a su niño (s) y proporciona apoyo financiero para usted y su niño (s). Por favor responda a las siguientes preguntas:

¿Hay alguien que vive en su casa que no está relacionado con usted y su(s) niño(s)?

Sí, Nombre del individual: _____ . Por favor responda todas las preguntas en las secciones A y B a continuación. NO. Por favor pase a la sección C.

A. Asistencia financiera: El individuo que vive en su hogar aporta cualquiera de los siguientes:

Habitualmente paga facturas médicas por cualquier miembro de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Proporciona seguro médico para cualquier miembro de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Le permite utilizar sus tarjetas de crédito o débito	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mantiene una cuenta bancaria conjunta con alguien de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Posee / compra de un vehículo de motor conjuntamente con cualquier miembro de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Posee / compra de bienes raíces, incluyendo su casa, con cualquier miembro de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paga 100% de los costos de vivienda/utilidad para usted y su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

B. Crianza: ¿El individual que vive en su casa toma decisiones diarias y guía su niño?

Habitualmente compra ropa para su hijo(s).	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paga por actividades y matriculas escolares.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Decide sobre la enseñanza y la religión de su hijo (s).	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Proporciona disciplina para niño.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Habitualmente ayuda con tareas y proyectos	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Asiste a las actividades escolares / conferencias	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Está autorizado a firmar para su hijo en escuela, guardería y médico.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Toma decisiones sobre la vida cotidiana como la hora de dormir, ropa, actividades sociales.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Testifico que la información que proporciono es verdadera y correcta.

Firma del participante: _____ Fecha _____



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
 515 Coffman Street ~ Longmont CO 80501
 3460 N Broadway ~ Boulder CO 80304
 Teléfono: 303.678.6014
 Imaging Fax: 303.678.6014
 CCAP Email: ccap@bouldercounty.org
 Imaging Email: imaging@bouldercounty.org

BOULDER COUNTY CCAP- Formulario de visitación del niño

Este formulario es necesario para los niños solicitando CCAP que tienen visitas con un padre o madre que vive fuera de su casa. Por favor complete la siguiente información con respecto a la visita.

Nombre del niño: por favor una lista de todos los niños en casa que requieren CCAP:	¿Hay un acuerdo de visitas para este niño?		¿Las visitas para este niño se ordenan por tribunal?	
1.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**** Proporcione copias de órdenes de visita de la corte por cualquier niño solicitando cuidado con CCAP ****

HORARIO DE VISITA: Si usted tiene un acuerdo de visitas y no hay orden de la corte, por favor, complete el horario de visitas a continuación para cada niño que tiene visitas con el padre/madre fuera de su hogar. Tenga en cuenta que si hay niños con padres diferentes fuera de su hogar, usted debe completar una hoja separada para cada padre sin custodia y obtener firma.

Nombre del niño		lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
1.	Madre							
	Padre							
2.	Madre							
	Padre							
3.	Madre							
	Padre							
4.	Madre							
	Padre							

Por favor incluya cualquier otra información sobre su horario de visitas es más específico (es decir horario variable, rotación de horarios, cada semana, etc...)

Firma del padre solicitando CCAP/Fecha

Firma del padre sin custodia/Fecha

Por favor devuelva el formulario al CCAP del Condado de Boulder en 515 Coffman Avenue, Longmont CO 80501, o por correo electrónico a ccap@bouldercounty.org. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a 303.678.6014.

Formulario de solicitud para el cuidado de niños del Condado de Boulder

Por favor complete todo el formulario. Marque todas las que aplican.

Nombre del cliente en CCAP _____

Date: _____

A. El cuidado de niños que necesita:

	Nombre del niño	Nombre del niño	Nombre del niño	Nombre del niño
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"/>	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"/>	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"/>	FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
Distrito escolar -para niños de edad escolar				
Para edad escolar solamente	ANTES DEL COLEGIO 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 COLEGIO 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 COLEGIO 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 COLEGIO 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"/>

B. Por favor complete esta sección para cada niño que requiere cuidado cada día y note el horario y nombre y número de licencia del proveedor.

Nombre del Niño: _____ Fecha de inicio _____

Nombre del Proveedor: _____ Dirección y número de licencia _____

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Schedule							
# hours							

Nombre del Niño: _____ Fecha de inicio _____

Nombre del Proveedor: _____ Dirección y número de licencia _____

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Schedule							
# hours							

Nombre del Niño: _____ Fecha de inicio _____

Nombre del Proveedor: _____ Dirección y número de licencia _____

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Schedule							
# hours							

Nombre del Niño: _____ Fecha de inicio _____

Nombre del Proveedor: _____ Dirección y número de licencia _____

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Schedule							
# hours							

*****Por Favor, complete formularios adicionales según sea necesario y complete ambos lados de esta forma ***

Formulario de solicitud para el cuidado de niños del Condado de Boulder (pg. 2)

C. Necesidades de cuidado de niños:

- ¿Pide cuidado fuera del horario tradicional de 6:00am hasta 6:30pm lunes a viernes? Sí NO

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente sección:

Solicito horas de cuidado de niños no tradicional para mi niño(s) porque:

** Usted debe proporcionar un horario de actividad elegible y verificado para cualquier cuidado solicitado durante el horas de trabajo no tradicionales *

- ¿Está usted solicitando cuidado fuera de su horario de actividad elegible? Sí NO
- En caso afirmativo, por favor complete la siguiente sección:

I
Solicito horas de cuidado de niño adicional para mi hijo(s) porque: _____

Firma del Participante _____ Fecha _____



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
515 Coffman Street ~ Longmont CO 80501
3460 N Broadway ~ Boulder CO 80304
Teléfono:: 303.678.6014
Imaging Fax: 303.678.6014
CCAP Email: ccap@bouldercounty.org
Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org

Boulder County CCAP EMPLOYMENT/INCOME VERIFICATION

Form must be completed by employer

CCAP Client Name: _____ Social Security #: _____

Name of Business: _____

Business Address: _____

City/State/Zip

First Day of Employment: _____ First Check Date: _____

Job Title: _____

Rate of Pay: _____ Monthly Gross Wages: _____ Taxes Withheld Yes No

How often paid? Weekly Biweekly Semimonthly Monthly/Other _____

*If tips, what percentage is reported: _____

Is this seasonal employment? Yes/No. If yes, give dates _____

Is employee expected to return to job? Yes/No. If yes, give date _____

Is this temporary employment? Yes/No. If yes, give end date _____

WEEKLY WORK SCHEDULE if fixed schedule

Please list typical work schedule i.e. 9a-5p -within the grid below for each day of work client is expected to work:

SUN	MON	TUE	WED	THUR	FRI	SAT	TOTAL HRS PER WEEK

OR

If client works a **FLEXIBLE SCHEDULE**, please tell us when they are available to work:

Earliest time in _____ am/pm AND Latest time out _____ am/pm

Average Hours Per Week _____

Days of week expected to be available: all that apply: **M T W TH F ST SN**

The above person has indicated that s/he is employed with your business. Please complete the following information and return to employee or directly to CCAP at the address or number at the bottom of page.

I confirm that the above information is complete and accurate:

Printed Name

Title

Phone Number

Signature

Date



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
515 Coffman Street ~ Longmont CO 80501
3460 N Broadway ~ Boulder CO 80304
Phone: 303.678.6014
Imaging Fax: 303.678.6014
CCAP Email: ccap@bouldercounty.org
Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org

