



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	\$2537.58	\$3203.58	\$3869.58	\$4535.58	\$5201.58	\$5867.58	\$6533.58

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

Información de niño(s)



Todos los niños deben ser ciudadanos estadounidenses o tener estatus de presencia legal para recibir asistencia CCAP

<input type="checkbox"/> <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: _____

Child Care Provider Information

¿Por favor indique la información de proveedor/centro de cuidado infantil a continuación: he elegido un niño médico para mis hijos? si no

NOMBRE :niño(-a)	Nombre del proveedor de cuidado de niños/ubicación	Activamente con cuidado este proveedor
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

*Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

(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:		

Autorización para suministrar información

Autorización para suministrar información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Humanos/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 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 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 incluso 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 o Humanos 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 incluso Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

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

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no esta 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 de cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la denegación para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si sus beneficios de cuidado infantil cambian, debe llamar a su asistente social encargado de cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se terminan sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado de 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.