

La re determinación de la lista de espera de CCAP del condado de Boulder

Han pasado doce (12) meses desde que su familia fue colocada en la lista de espera para los beneficios de CCAP. Es el momento de volver a determinar su caso para la continuación en la lista de espera. Una vez que su caso sea re-determinado como elegible para la lista de espera, recibirá por correo electrónico o notificación por correo que su estado es aprobado para seguir en la lista.

Con el fin de mantener su lugar en la lista de espera debe completar y devolver este formulario a la oficina de CCAP Condado de Boulder antes de la fecha _____.

El no hacerlo resultará en la eliminación automática de la lista de espera. No recibirá ninguna otra notificación para completar este formulario. Si se le retira de la lista de espera, se le notificará y podrá reaplicar en ese momento.

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

Padres que están trabajando, o

- Padres que están buscando un trabajo (dentro de los límites de tiempo establecidos por el estado), o
- Padres que están en un programa de educación post-secundaria por hasta 24 meses/primer grado de licenciatura.
- Los solicitantes deben ser residentes del Condado de Boulder.:

TODAS LAS FAMILIAS DEBEN ESTAR EN UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ARRIBA Y LOS INGRESOS NO DEBEN EXCEDER EL INGRESO MENSUAL BRUTO SIGUIENTE PARA EL TAMAÑO DEL HOGAR EN EL MOMENTO DE APROBACION.

El tamaño de familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto máximo	\$2537	\$3203	\$3869	\$4535	\$5201	\$5867	\$6533

Por favor tenga en cuenta para recibir CCAP:

- todos los cuidadores de padres/adultos deben cooperar con los servicios de cumplimiento de manutención de los hijos para niños en cuidado.
- Todos los cuidadores de padres/adultos deben estar en una actividad elegible,
- todos los cuidadores de padres/adultos deben proporcionar verificación de ingresos antes de la aprobación,
- Las familias que califiquen pueden tener una cuota parental/Co-pago de pago directo debido a su proveedor de cuidado infantil por una porción del costo total basado en los ingresos del hogar.
- la elegibilidad para la asistencia continuada se vuelve a determinar cada 12 meses.

Una vez que se haya retirado de la lista de espera, se le notificará por escrito para completar el proceso. El cliente y el proveedor asumen la responsabilidad financiera por el pago del cuidado de los niños si el cuidado es usado antes de recibir autorización escrita de CCAP. **

El cuestionario de preselección de la lista de espera del Condado de Boulder CCAP (PSQ): formulario de re determinación –

DEBE COMPLETAR Y ENTREGAR A CCAP

Fecha: _____ Número de caso: _____

Nombre del caso: _____

NO HAY CAMBIOS en mi aplicación de lista de espera en este momento. Al marcar esta caja, estoy afirmando que toda la información anterior dada al programa CCAP del Condado de Boulder sigue siendo activa y precisa y no se necesitan cambios a mi caso en este momento. Usted puede **parar aquí** no se necesita otra información-por favor firme y devuelva esta página y la lista de espera del Condado de Boulder CCAP (PSQ): cambia la forma – PG3 (información del proveedor de cuidado infantil) solamente.

Por favor, **QUITE mi nombre de la lista de espera** del Condado de Boulder CCAP: por favor verifique la razón:

- Ya no necesito cuidado. Mi hijo ya no está en mi casa.
- Me he mudado fuera del Condado/del estado/del país.
- Mi hijo ha envejecido de CCAP (13 años o más).
- Ya no soy elegible para CCAP asistencia debido a ingresos/actividad.
- Ahora estoy en las obras de TANF/Colorado

Ya **NO REQUIERO** asistencia porque he encontrado una fuente alternativa para mis necesidades/costos de cuidado de niños. Por favor marque todo lo que aplique:

- Beca de recepción (recurso de nombre) _____
 - Pagando de los costos de mi bolsillo
 - Usando cuidado alternativo como una niñera-share o un padre Co-op
 - Uno mismo, cónyuge, hermano u otro pariente cuida para el niño.
- Por favor firme y devuelva el formulario)

Hay **CAMBIOS** a mi caso (Ud. debe apuntar los cambios en el formulario que sigue.

Este formulario debe usarse sólo para mantener su nombre en la lista de espera. Al firmar este formulario, usted pide que su familia permanezca en la lista de espera del programa de asistencia al cuidado infantil del Condado de Boulder. Esta no es una solicitud de para cuidado. No se autorizará ni se pagará ningún cuidado de niños basado en este formulario.



Firma del aplicante _____

Fecha firmado _____

www.BoulderCountyChildCare.org 303.441.1000 and imaging@bouldercounty.org

Lista de espera para el condado de Boulder formulario para declarar CAMBIOS

Por favor completar y entregárnoslo solamente si tiene cambios para declarar. Por favor conteste todas las secciones y todas las preguntas en su totalidad o puede ser negado.

Fecha: _____ Numero de caso _____

Nombre: _____

Información del adulto () No hay cambios a esta sección

Nombre del 1er adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social (opcional): _____

Domicilio: _____

Dirección Postal: _____

Telefono: () mobil,, () Casa, () Trabajo, () Mensaje _____

Cuántas personas viven en su hogar: _____ Hay dos padres en el hogar? Si () No ()

Numero de niños que requieren cuidado _____

Segundo adulto en la casa _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de seguridad social (opcional) _____

Correo electrónico _____

Actividad/Ingresos () No hay cambios en esta sección.

1er adulto en el hogar (nombre) _____

- 1) ¿Trabaja Ud. por si mismo? Si () No ()
- 2) ¿Asiste Ud. a un programa de formación profesional o en que va recibir un certificado? Si () No ()
- 3) ¿Asiste a un programa de educación post-secundaria? Si () No ()
- 4) ¿Está buscando trabajo? SI () No ()
- 5) ¿Es Ud. discapacitado? SI () No ()

2do adulto en el hogar (nombre) _____

- 1) ¿Trabaja Ud. por si mismo? Si () No ()
- 2) ¿Asiste Ud. a un programa de formación profesional o en que va recibir un certificado? Si () No ()
- 3) ¿Asiste a un programa de educación post-secundaria? Si () No ()
- 4) ¿Está buscando trabajo? SI () No ()
- 5) ¿Es Ud. discapacitado? SI () No ()

¿Cuál es el ingreso bruto mensual total de su hogar de empleo o trabajo por su cuenta? _____

¿Cuál es el ingreso total mensual de dinero no ganado? _____

¿Hay alguien en su hogar que paga la mantención de un niño por orden del tribunal? Si () No ()

En caso afirmativo, ¿ la cantidad que se paga por mes es \$ _____ y es actual () o atrasado ()

Lista de espera para el condado de Boulder formulario CAMBIOS pagina 2

La composición de Hogar () NO hay cambios que declarar

¿Alguien ha entrado o salido de su casa en los últimos 12 meses? () SI () No

Por favor enumere los nombres y fechas de nacimiento de cualquiera que haya salido de la casa

Por favor añada NUEVOS niños en la sección que sigue:

Información de niño(s) () No hay cambios a sección

Por favor complete una sección para cada niño que usted está agregando a su hogar independientemente del cuidado de niños que necesite.

1er Nino ¿Necesita cuidado? SI (_) No ()

2ndo Nino ¿Necesita cuidado? Si () No ()

Nombre _____

same thing over here as to the left

Fecha de nacimiento _____

Sexo: Masculino __ Femenino ____

¿Asiste el colegio? SI () No () Grado ____

Necesidades especiales SI () No ()

Este formulario debe ser usado únicamente para mantener su nombre en la lista de espera.

Al firmar este formulario, usted está solicitando que su familia permanezca en la lista de espera del programa de asistencia de cuidado infantil del Condado de Boulder basado en estos cambios declarados. Esto no es una aplicación. Ningún cuidado de niños será autorizado debido a este formulario.

Firma del solicitante: _____

Fecha firmado: _____ iniciales del técnico/fecha _____

www.BoulderCountyChildCare.org 303-441-1000 y imaging@bouldercounty.org

Lista de espera para el condado de Boulder formulario CAMBIOS pagina 3

Proveedor de cuidado de niños

He elegido un proveedor para el cuidado de mi(s) niño(s). Si () No ()

Nombre del niño	Nombre del proveedor de cuidado	¿ Está usando cuidado con este proveedor?
-----------------	---------------------------------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Recibo beca o reducción de la matricula con el proveedor que cuida mis niños:

Si () No ()