



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP) **Lista de las verificaciones necesarias para aplicar**

Para determinar beneficios de CCAP, Ud. debe entregar lo siguiente a la oficina del condado.

- La aplicación de CCAP completada y firmada.-Esto también está disponible a través de PEAK
Complete esta aplicación lo mejor que pueda y por favor no deje espacios en blanco.

Y

- Verificación de residencia en el condado de Boulder: esto puede ser una factura de utilidad, arrendamiento actual, carta del propietario o registro de auto no caducado/no vencido.
- Verificación de identidad: esta es una identificación con foto emitida por el gobierno de USA para el niño. Si no está disponible, envíe la verificación de identidad para el solicitante adulto principal
- Verificación de la ciudadanía- esto es una copia de acta de nacimiento de EEUU o pasaporte para todos los niños que requieren cuidado CCAP.
- Verificación de ingresos no ganados para los adultos en el caso.
- VOE- carta de verificación de empleo –para NUEVO empleo desde hace los últimos 60 días OR
 - Los últimos 30 días de talones de cheques para empleo de más de 60 días OR
 - Personas con empleo autónomo

Proporcione por favor sus últimos 30 días de ingresos y horas trabajadas.

- Verificación de ingresos no ganados: incluyendo, pero no limitado a la manutención de hijos, el desempleo o la seguridad social.
- Verificación del horario de actividades elegibles- únicamente si cuidado es necesario fuera de las horas tradicionales de 6am a 6:30pm de lunes a viernes
- Horario de visitación del niño: complete el formulario adjunto si el niño(s) que requiere cuidado CCAP tiene visitas con el padre sin custodia.
- Proveedor de cuidado de niños/ Dirección/ número de licencia (*vea abajo para información para encontrar guardería)

Note bien: Esto no es una lista inclusive y puede haber otras verificaciones necesarios basado en sus circunstancias individuales. El técnico trabajando su caso le avisara si se requieren otras verificaciones.

¿Necesita ayuda para encontrar una guardería? Póngase en contacto con la línea de recursos y referencias para el cuidado de niños.

1-877-338-2273



¿Quiénes pueden ser elegibles? Niños que viven en el condado de Boulder entre 0 meses y 12 años que viven con un adulto o padre adolescente que este en una actividad elegible.

- Empleado/o con empleo autónomo.
- Para búsqueda de empleo (13 semanas en un ciclo de 12 meses)
- Actividades educativas post-secundarias (104 semanas y hasta su primer bachillerato)
- Actividades educativas (padres adolescentes en JR o SR High School, clases de GED, ESL y Ed. básica de adultos / formación vocacional)
- Las familias recibiendo TANF con una referencia de un administrador de casos.

INCOME ELIGIBILITY: Must be within the current posted income guidelines (subject to change)

Tamaño de familia	2	3	4	5	6	7	8
Maximo ingreso bruto	\$3,634.93	\$4,588.93	\$5,542.93	\$6,496.93	\$7,450.93	\$8,404.93	\$9,358.93

PROGRAM REQUIREMENTS:

- Debe ser un residente del condado.
- Debe pagar una porción del costo del cuidado (parent fee) según el ingreso del hogar.
- Debe elegir un proveedor que acepta CCAP de nuestro condado.
- Debe ser aprobado antes de usar cuidado.
- Y para mantener asistencia deber completar el proceso de re determinación de CCAP cada 12 meses.

El técnico de CCAP determinara la elegibilidad según la información and las verificaciones proporcionadas por Ud. en su aplicación. Una vez que se determine elegible Ud. y el proveedor serán notificados sobre el cuidado autorizado. Es necesario que utilice su tarjeta de CCAP para registrar la llegada y salida de sus hijos del cuidado CCAP a diario a través de la maquina punto de saldo. Si no marque llegada y salida a diario, Ud. será responsable financieramente por el costo del cuidado al proveedor.

Para obtener información adicional póngase en contacto con el equipo de CCAP del Condado de Boulder
 303.441.1000 o ccap@bouldercounty.org
www.bouldercountyccap.org

Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinada por: Cuidador <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
-------------------------------------	---	-----------------

Solicitud de participación en el programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado (CCCAP)

- **El cumplimiento de esta solicitud no garantiza que el solicitante recibirá asistencia infantil.**
- Como condición previa para recibir asistencia infantil, deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad.
- Incluya todos los datos solicitados.
- Cualquier dato faltante demorará el trámite de la solicitud.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres aun si vive con ellos.

Sección 1: información del grupo familiar					
Fecha de hoy: ____/____/____		Si usted no es el padre o la madre de los niños a favor de quienes presenta la solicitud, indique si usted es el cuidador adulto principal en el hogar: Indique si hay otros cuidadores adultos en el hogar:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del cuidador adulto principal en el hogar:			Nombre del cuidador adulto principal en el hogar:		Inicial del segundo nombre:
Marque las casillas correspondientes a las situaciones que se aplican en su caso.	<input type="checkbox"/> Vive en hotel o motel	<input type="checkbox"/> Vive en campamento	<input type="checkbox"/> Vive en refugio	<input type="checkbox"/> Vive en lugares poco habitables, como carro o parque.	
	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria (explique)		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: ____/____/____ Fecha anticipada de su fin: ____/____/____		
Dirección de casa:			Domicilio postal: <input type="checkbox"/> Igual que el de casa		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Ciudad:	
				Estado:	
				Código postal:	
Condado:			Idioma principal que se habla en casa:		
Llene al menos uno de los recuadros con información de contacto	Teléfono principal: ()		Teléfono secundario: ()		Dirección de correo electrónico:
	Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo		Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo		

Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinada por: Cuidador <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
-------------------------------------	---	-----------------

Solicitud de participación en el programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado (CCCAP)

- **El cumplimiento de esta solicitud no garantiza que el solicitante recibirá asistencia infantil.**
- Como condición previa para recibir asistencia infantil, deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad.
- Incluya todos los datos solicitados.
- Cualquier dato faltante demorará el trámite de la solicitud.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres aun si vive con ellos.

¿Recibe usted u otro miembro del grupo familiar beneficios de uno de estos programas, o participan en ellos?		Si no es así, ¿desearía recibir más detalles?
Colorado Works/Asistencia en 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
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia alimentaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa para la mujer, el bebé y el niño (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de día adultos (CACFP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte B de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para niños de 3 a 5 años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte C de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para recién nacidos y niños de hasta tres años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión por vejez		
Otra opción (describala): _____		

Sección 2: información del cuidador principal en el hogar

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otro título _____	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge		
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda	<input type="checkbox"/> Divorciado	

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 3: cuidador adulto adicional en el hogar o cónyuge

El cuidador adulto adicional en el hogar es quien se encarga de la asistencia financiera y contribuye al cuidado del

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:					
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda <input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 4: información del niño. Complete esta sección por cada niño que vive en el hogar.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:		

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica	
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ____/____/_____ Fin: ____/____/_____	

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:		

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:			
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): - -	Fecha de nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:	

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: / / Fin: / /			

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA OTROS NIÑOS SI ES NECESARIO
Página _____ de _____

Sección 5: ingresos laborales y de trabajo autónomo del cuidador principal en el hogar

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por semana	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y comisiones incluidas)
			<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 6: ingresos laborales y de trabajo autónomo del cuidador adulto adicional en el hogar o del cónyuge

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y

					semana		comisiones incluidas)
			<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 7: comprobante de pago del sustento de menores según orden judicial

¿Hace pagos de sustento de menores a favor de algún niño? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la orden judicial y de los pagos es obligatoria.

Nombre del responsable de los pagos	Niño(s) a cargo de	Importe pagado	Frecuencia de los pagos
		\$	
		\$	

Sección 8: sustento de menores ordenado o pagado

¿Hay orden judicial de sustento de menores? ¿Ha recibido tal sustento? Sí No

Nombres de los niños	¿Hay orden judicial de sustento de menores?	¿Se ha recibido el sustento de menores?	Monto del sustento de menores pagado	Frecuencia de los pagos	Nombre del padre o madre que no tiene la custodia
	<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 9: otros ingresos. Complete los datos de esta sección por cada persona que vive en el hogar.

Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos

Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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"/> 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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"/> 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____
Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos
Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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"/> 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"/> 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	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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"/> 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____

Sección 10: detalles educativos y de formación profesional del cuidador adulto/adolescente en el hogar

Indique si usted u otro miembro del grupo familiar participa en actividades académicas o de formación profesional
 Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de tales actividades es obligatoria.

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Sección 11: detalles sobre la discapacidad del cuidador adulto en el hogar

¿Tiene usted u otro cuidador adulto en el hogar alguna discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la discapacidad es obligatoria.

Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:	
Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:	

Sección 12: calendario laboral/académico/de formación profesional o de búsqueda de trabajo de los cuidadores adultos
 Complete el calendario que anticipa. Si hay dos cuidadores adultos, incluya los calendarios de ambos. Si tiene más de un empleo, incluya los calendarios de todos los empleos. La verificación de esta información es obligatoria.

Ejemplo	Lunes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m.- 3:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m.- 12:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m.- 5:00 p. m.
MI CALENDARIO							
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							
SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							

Sección 13: calendario de los niños que necesitan cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. - 5:00 p. m.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Sección 13: calendario de los niños que necesiten cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. — 5:00 p. m.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Autorización para dar información

Autorización para dar información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado para compartir mi información con cualquiera de las entidades abajo indicadas con el fin de administrar el programa de servicios sociales. Por lo tanto, exoneró al departamento del condado de todo tipo de responsabilidad por compartir tales datos.

- Cualquier cuidador infantil que yo escoja.
- Cualquier empresa en la cual yo trabaje o haya trabajado.
- Cualquier escuela, universidad o instituto de capacitación al cual yo asista.
- Cualquier organismo administrativo de la vivienda.
- Cualquier otro dato necesario para mi solicitud o recepción de beneficios de programas de asistencia pública, incluidos Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los individuos, agencias o instituciones abajo indicadas para que compartan los datos de mi solicitud o de mi elegibilidad para recibir servicios sociales con el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado. También autorizo a cualquier representante autorizado del departamento del condado a la inspección y reproducción de los documentos que tengan a mano sobre mi persona. Por lo tanto, exoneró a tales individuos, agencias o instituciones de todo tipo de responsabilidad por compartir tales datos.

- Cualquier cuidador infantil que yo escoja.
- Cualquier empresa en la cual yo trabaje o haya trabajado.
- Cualquier documentación relativa a empleo autónomo.
- Cualquier escuela, universidad o instituto de capacitación al cual yo asista.
- Cualquier organismo administrativo de la vivienda.
- Cualquier otro dato necesario para mi solicitud o recepción de beneficios de programas de asistencia pública, incluidos Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge o de otro cuidador adulto en el hogar: _____
Fecha: _____

CONVENIO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Convengo en avisar por escrito al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de diez (10) días si el total de mis ingresos familiares supera el 85 % del nivel de ingresos medios a nivel estatal (según se indica en www.coloradoofficeofearlychildhood.com) y en informar de todo cambio de actividad condicionada de elegibilidad en un plazo de cuatro (4) semanas. Entiendo que también deberé verificar estos cambios y que reembolsaré los beneficios recibidos que no me hayan correspondido.
2. Convengo en completar el proceso de redeterminación en la fecha debida, incluida la presentación de las constancias necesarias.
3. Convengo en que debo presentar documentación de las actividades condicionadas de elegibilidad si hay algún cambio en ellas y durante la redeterminación. **Nota:** si usted es trabajador autónomo o si necesita cuidado infantil no habitual, como cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana, será necesario presentar un calendario.
4. Convengo en avisar al trabajador social de asistencia infantil antes de contratar a otro cuidador infantil, pues de otra manera el condado quizás no me reembolse el costo.
5. Convengo en responsabilizarme de solucionar cualquier problema que pudiera tener con el cuidador infantil.
6. Convengo en avisar al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado si me inquieta la posibilidad de que un niño sea maltratado o reciba un trato negligente del cuidador infantil.
7. Si cualquiera de los padres o las madres del grupo familiar es trabajador autónomo, entiendo que deberemos mantener un promedio de ingresos que supere los gastos comerciales. También convengo en verificar y en llevar cuenta de los ingresos, gastos, horarios de trabajo y la necesidad de recibir cuidado para ayudar con la determinación de mi elegibilidad.
8. Si recibo cuidado infantil en relación con mi empleo o empleo autónomo, entiendo que los ingresos brutos gravables divididos por las horas de trabajo deben equivaler por lo menos al salario mínimo estipulado por el gobierno federal a fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
9. Si el condado donde resido exige el cumplimiento del sustento de menores, convengo en cooperar con la oficina a cargo de dicho cumplimiento en relación con cualquier niño que reciba cuidado infantil, si está ausente uno de los padres.
10. Convengo en que verificaré la entrada y salida de los niños de la guardería infantil con el sistema estatal de control de asistencia según las instrucciones.
11. Si un individuo da información falsa por acción u omisión de manera intencional, entiendo que no puede recibir asistencia infantil por doce (12) meses en caso de ser su primera infracción, por veinticuatro (24) meses en caso de ser su segunda infracción, y de manera permanente si se trata de su tercera infracción. Se enjuiciará al responsable de este delito según las leyes estatales y federales.
12. CUOTA MENSUAL DE LOS PADRES
 - a. Convengo en pagar la cuota a cargo de los padres indicada en el aviso de autorización de cuidado infantil y que debe pagarse al cuidador en el mes de prestación del cuidado.
 - b. Entiendo que la cuota a cargo de los padres se basa en mis ingresos, en mi grupo familiar y en la cantidad de niños en cuidado infantil. Tal cuota está sujeta a cambios con la recepción del aviso previo del condado.
 - c. Si no pago esta cuota ni hago preparativos de pago aceptables con el cuidador infantil, entiendo que perderé los beneficios de asistencia infantil con la redeterminación y que no podré recibir asistencia de otro cuidador infantil ni en otro condado.

Certifico/Certificamos que todos los datos de este formulario son correctos a mi/nuestro mejor saber y entender. Si yo o nosotros no informamos de los cambios obligatorios o si damos datos inexactos, entendemos que podrán exigirnos el reembolso de los beneficios de asistencia infantil o que se suspenderán dichos beneficios. Luego de haber leído las condiciones indicadas para recibir asistencia para sufragar el costo de asistencia infantil, estoy de acuerdo con tales condiciones.

• Firma del cuidador adulto principal en el hogar: _____
Fecha: _____

• Firma del otro cuidador adulto en el hogar: _____
Fecha: _____

Gracias por llenar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al programa de asistencia infantil (CCAP) en el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.

RECURSO DE APELACIÓN Y VISTA IMPARCIAL

Tiene derecho a apelar cualquiera de las medidas tomadas respecto a los beneficios de asistencia infantil, si no está de acuerdo con ella.

- ◆ Si le deniegan beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha de denegación. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le modifican los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir del aviso del cambio. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le interrumpen los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil **antes de la fecha válida** de interrupción de servicios. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.

El departamento de condado correspondiente concertará una vista, durante la cual usted tendrá la oportunidad de establecer los fundamentos de su apelación. Si apela la decisión o el cambio, el individuo que preside la vista no será el responsable del cambio o la decisión.

Antes de decidirse por pedir una vista de condado, se recomienda que hable primero con el trabajador social de asistencia infantil en el departamento de condado y luego con el supervisor de aquél. A menudo pueden resolverse sus preguntas y dudas si las conversa con el personal del condado responsable de hacer cambios en los subsidios de asistencia infantil.

Si aún no está de acuerdo con la decisión luego de terminada la vista de condado, usted puede apelar la decisión ante el estado si sigue estas instrucciones:

1. Escriba una carta a la agencia siguiente:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street
4th Floor
Denver, CO 80203

2. Tiene un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso de la decisión por la vista imparcial de condado para presentar su apelación.
3. Indique en la carta que desea apelar la decisión de la vista del condado y las razones de su apelación. Si necesita ayuda, puede pedírsela a quien desee, hablar con una oficina de asistencia jurídica gratuita, o pídale ayuda a un representante del Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.
4. La Dirección de Tribunales Administrativos apartará una fecha para la vista de la apelación si determina que el pedido de apelación fue presentado puntualmente. Usted recibirá de esta entidad una carta donde se detallarán los pasos siguientes, quién puede acompañarlo, quién puede presentarse como testigo y otros detalles sobre la vista.

Debe saber que el estado y el condado tienen la responsabilidad de procurar cobrar todos los beneficios que usted haya recibido y a los que no tenga derecho.

Discriminación

Si cree que sufrió discriminación por motivo de raza, color de piel, sexo, edad, religión, convicciones políticas, nacionalidad o discapacidad, tiene derecho a elevar una queja ante la Dirección para la Defensa de los Derechos Civiles:

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)

Guarde esta hoja para consultas futuras



BOULDER COUNTY CCAP- FORMA DE VISITATCIÓN

Este formulario es necesario para los niños solicitando atención CCAP que tienen visitas con un padre 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 cuidado CCAP requirente:	¿Hay un acuerdo de régimen de visitas para este niño?		¿Se ordena al Tribunal del acuerdo de visitas para este niño?	
1.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

***Proporcione las copias o documentos de la Corte ordenó visitas que tienes para cualquier niño solicitando atención CCAP. ***

HORARIO DE VISITAS: Si usted tiene un acuerdo de visitas y no tienen Corte ordenó documentación por favor, complete el horario de visitas a continuación para cada niño teniendo visitas con los padres fuera de su hogar. Tenga en cuenta que si hay niños con padres diferentes fuera de su hogar, usted debe completar una hoja de programación separada para cada padre sin custodia a firmar.

Nombre del Niño:		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	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..)

CCAP Firma del Padre/ Fecha

Firma del padre sin custodi/Fecha

Por favor devuelva el formulario al CCAP del Condado de Boulder en la oficina de Boulder o de Longmont o por correo electrónico a ccap@bouldercounty.org. Por favor llame al 303-441.1000 si usted tiene alguna pregunta.

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: 303.441.1000
 Imaging Fax: 303.441.1523
 CCAP Email: ccap@bouldercounty.org
 Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org

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

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

El programa de Asistencia de Cuidado de niño de Colorado (CCAP) debe determinar si un adulto no relacionado que vive en su hogar actúa como pariente 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 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 hogar. casa, propiedad, con cualquier miembro de su familia.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paga 100% de los costos de vivienda/utilidades 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 matrículas 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 diaria 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 _____

Formulario de Registración de Votante de Colorado

Usted debe llenar todos los campos marcados con un asterisco (*). Siga las instrucciones para otros campos. Si no proporciona toda la información requerida, su solicitud de registración de votante no estará completa.

Para uso de la oficina solamente

Voter ID Number: _____

Date Stamp: _____

Su elegibilidad para votar

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?* Sí No

¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad en o antes del día de las próximas elecciones?* Sí No

Si usted contestó "No" a cualquiera de las preguntas arriba, no llene este formulario.

Su nombre

Apellido*

Nombre*

Segundo nombre

Si está registrado actualmente para votar bajo un nombre distinto, ¿qué es dicho nombre? _____

Su información de identificación

Su fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA)

Su sexo

Mujer

Hombre

Usted debe seleccionar uno de los siguientes y proporcionar la información solicitada*

Tengo una licencia de conducir de Colorado válida o Tarjeta de Identificación de Colorado (emitida por el Departamento de Hacienda), y dicho número es - - -

No se me ha emitido una Licencia de Conducir de Colorado o Tarjeta de Identificación de Colorado. Tengo un Número de Seguro Social y los últimos 4 dígitos son - - -

No tengo una Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación de Colorado ni un Número de Seguro Social.

Su información de contacto

Su dirección residencial

N° y calle (No se permiten apartados)*

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo*

Código Postal*

Condado de Colorado

¿Cuándo se mudó a esta dirección?* (MM/DD/AAAA)

Dirección donde recibe su correspondencia (requerida si es distinta de su dirección residencial)

Dirección para envíos de correo

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo

Estado

Código Postal

Su dirección anterior

Si está cambiando su registración a una dirección nueva, debe proporcionar la dirección donde estaba registrado anteriormente para votar.

N° y calle (No se permiten apartados)

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo

Estado

Código Postal

Su número de teléfono y dirección de correo electrónico

Código de área

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Seleccione o cambie su afiliación de partido político

Seleccione uno solamente. (Requerido si desea registrarse en las Elecciones Primarias o participar en las asambleas políticas de dicho partido)

American Constitution

Americans Elect

Democratic

Green

Libertarian

Republican

No afiliado

Votar por correo - ¿Desea que se le designe un votante por correo permanente?

Sí, deseo ser un votante por correo permanente, y recibir automáticamente una balota por correo para todas las elecciones aplicables.

No, no deseo ser un votante por correo permanente, y si mi nombre aparece en la lista de votantes por correo permanentes, deseo que se elimine de dicha lista.

No, pero quisiera recibir una balota por correo para las elecciones estatales de este año.

Si desea que su balota por correo se envíe una dirección distinta de la dirección residencial o para envíos de correo que indicó arriba tendrá que llenar una Solicitud de Balota por Correo por separado.

Ayuda en las elecciones

Quisiera ser un juez electoral o trabajador de urnas. Sí No

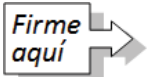
Firme o marque abajo

ADVERTENCIA:

Es un crimen jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para registrarse para votar.

Una violación de la afirmación propia, que usted va a hacer abajo, es un acto criminal bajo las leyes de Colorado y usted estará sujeta a las sanciones dispuestas por ley.

Afirmación propia: Afirmo solemnemente que soy ciudadano de Estados Unidos y en la fecha de las próximas elecciones habré cumplido la edad de dieciocho años y habré residido en el Estado de Colorado por lo menos 30 días, y en mi distrito durante por lo menos 30 días antes de las elecciones. Asimismo, afirmo que la dirección actual que indiqué es mi único lugar de residencia legal y que no reivindico ningún otro lugar como mi residencia legal. Reconozco que sólo puedo votar legalmente en un solo lugar en cualesquier elecciones, y que si me registro para votar en Colorado, también se me considera un residente de Colorado para fines de impuestos sobre la renta y registración y operación de vehículos motorizados.



Firma o marca*

Fecha*

Firma del Testigo

Fecha

Si usted se está registrando para una Balota por Correo y no puede firmar, debe fijar una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí).

Información acerca de esta registración

¿Cómo entrego este formulario?

Firme el formulario. Luego, envíe por correo, entregue o escanee el formulario firmado y envíelo por correo electrónico a su secretario y registrador del condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.elections.colorado.gov.

También podrá enviar el formulario a:

Colorado Department of State
Elections Division
1700 Broadway, Suite 200
Denver, CO 80290

Si no conozco el número de mi licencia de conducir o de identificación de Colorado, ¿puedo proporcionar mi Número de Seguro Social en su lugar?

No. Si usted tiene una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado emitida por el Departamento de Hacienda de Colorado, usted debe proporcionar dicho número para que su solicitud quede completa.

¿Cómo sabré si mi registración se procesó?

Usted recibirá una tarjeta de información oficial de la oficina de su secretario y registrador de condado aproximadamente 20 días después que reciban su formulario de registración.

Usted también podrá comprobar su situación en el sitio de Internet del Secretario de Estado de Colorado, visitando www.sos.state.co.us, haciendo clic en el enlace "verify/update my voter registration."

¿Soy elegible para registrarme para votar?

Usted es elegible para votar si:

- tendrá 18 años de edad o más en el momento de las próximas elecciones
- es ciudadano de Estados Unidos
- es un residente de Colorado y ha residido en su distrito electoral actual durante por lo menos 30 días antes de las elecciones
- no está sirviendo una sentencia (inclusive libertad condicional) por una condena penal

¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas?

Comuníquese con su secretario y registrador de condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.elections.colorado.gov.

Usted también puede comunicarse con la oficina del Secretario de Estado:

Teléfono: 303-894-2200 ext. 6307
Fax: 303-869-4861
Correo electrónico: State.ElectionDivision@sos.state.co.us

Otras preguntas frecuentes acerca de registrarse y votar

¿Necesitaré identificación para votar?

Si vota en persona, sí. Si vota por correo por primera vez, es posible que tenga que proporcionar una fotocopia de su identificación.

Al pie de esta página se incluye una lista completa de las formas de identificación aceptables.

¿Cuándo es el último día para registrarse para votar?

29 días antes de las elecciones.

¿Qué es la votación por correo?

Si usted elige no ir a las urnas el día de las elecciones, podrá solicitar una balota de votación por correo.

Bajo las leyes de Colorado, su Solicitud de Balota por Correo debe contener su nombre impreso, firma, dirección residencial, dirección para envíos de correo si desea recibir la balota por correo, y fecha de nacimiento. Si no proporciona toda esta información, no podrá recibir una balota por correo, de acuerdo con las reglas establecidas por el Secretario de Estado. [Sección 1-8-104(6) C.R.S.]

¿Qué es la votación por correo permanente?

Si usted elige estar incluido en la lista de votantes por correo permanentes, recibirá una balota por correo para todas las elecciones aplicables. Alternativamente, usted podrá pedir una balota por correo para elecciones específicas o para un año calendario.

¿Cuál es la fecha límite para solicitar una balota de votación por correo?

Si desea recibir una boleta por correo, el secretario y registrador de su condado debe recibir su aplicación a más tardar el cierre de actividades el séptimo día antes de la elección.

¿Podré registrarme para votar si he sido detenido o se me ha condenado de un delito?

Sí, si

- está en libertad condicional por un delito o crimen menor
- es un detenido previo al juicio, en espera del juicio
- está actualmente en la cárcel, sirviendo una sentencia de un delito menor solamente
- ha cumplido su sentencia de una condena de un delito, inclusive cualquier período de libertad condicional

Una vez que haya cumplido su sentencia completa, es automáticamente elegible para registrarse para votar. Si estaba registrado anteriormente, ya habrá sido cancelada dicha registración y usted debe registrarse de nuevo si desea votar.

Formas de identificación aceptables para votar

Si su forma de identificación muestra su dirección, dicha dirección debe estar en el estado de Colorado

- una licencia de conducir de Colorado válida
- una tarjeta de identificación válida emitida por el Departamento de Hacienda de acuerdo con los requisitos de la Parte 3 del Artículo 2 del Título 42, C.R.S.
- un pasaporte válido de EE.UU.
- una tarjeta de identificación de empleado válida con su fotografía emitida por cualquier entidad, departamento, agencia o institución del gobierno de Estados Unidos o de este estado, o por cualquier condado, municipalidad, comisión, autoridad u otra subdivisión política de este estado
- una licencia de piloto válida emitida por la administración federal de aviación u otra agencia autorizada de Estados Unidos
- una tarjeta de identificación militar de EE.UU., con fotografía del elector elegible
- una copia de una factura corriente de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque gubernamental, cheque de nómina u otro documento gubernamental que muestra el nombre y dirección del elector. Para ejemplos, visite www.elections.colorado.gov
- una tarjeta válida de Medicare o Medicaid emitida por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
- una copia certificada de un acta de nacimiento de EE.UU., para el elector, emitido en Estados Unidos
- documentación certificada de naturalización
- una tarjeta de estudiante válida con fotografía del elector elegible, emitida por una institución de educación superior en Colorado, según lo definido en la sección 23-3-1-102(5) C.R.S.
- Un identificación válida emitido por el departamento de asuntos de veteranos administración de salud de veteranos de los Estados Unidos con una fotografía del elector elegible.
- Un identificación válida emitido por gobierno tribal reconocido a nivel federal certificando la pertenencia tribal.