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.
☐ Su CRA firmado- Acuerdo de responsabilidades de clientes– esto también está disponible en PEAK

Y

☐ Verificación de residencian 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: identificación con foto no caducada/no vencida.
☐ 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 nino(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
Maximo ingreso bruto 265%	$3,807.17	$4,796.50	$5,785.83	$6,775.17	$7,764.50	$8,753.83

PROGRAM REQUIREMENTS:

- Debe ser un residente del condado.
- Debe cooperar con los servicios de manutención para todos los niños que requieren cobertura de CCAP.
- 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.or

Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí ☐ No ☐ Determinada por: Cuidador ☐ Condado ☐	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:	☐ Sí ☐No ☐ Sí ☐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.	☐ Vive en hotel o motel	☐Vive en campamento	☐ Vive en refugio	☐ Vive en lugares poco habitables, como carro o parque.
	☐Vivienda transitoria (explique)		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: ____/_____/_____ Fecha anticipada de su fin: ____/_____/_____	

Dirección de casa:			Domicilio postal: ☐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: ( ) Tipo:☐Hogar ☐Celular ☐Mensaje de voz ☐ Trabajo	Teléfono secundario: ( ) Tipo:☐Hogar ☐Celular ☐Mensaje de voz ☐ Trabajo	Dirección de correo electrónico:

Debe completar todos los espacios que lleven asterisco (*) en esta solicitud.

¿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	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Head Start/Early Head Start	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
bajos ingresos (LEAP)	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Asistencia alimentaria (SNAP)	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Programa para la mujer, el bebé y el niño (WIC)	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de día	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
adultos (CACFP)	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Medicaid/Asistencia CHP+	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Asistencia médica para refugiados	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Parte B de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para niños	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
de 3 a 5 años de edad	☐ Sí ☐No	☐ Sí ☐No
Parte C de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para recién nacidos y niños de hasta tres años de edad		
Pensión por vejez		
Otra opción (descríbala):_____		

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: ☐ Masculino ☐Femenino

Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	☐Amerindio o indígena de Alaska		☐Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐ No hispano
	☐ Asiático	☐ Negro	☐ Blanco	☐ Otra	

Mayor nivel de escolaridad logrado:	☐No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	☐Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	☐Título preparatorio universitario	☐Licenciatura
	☐Título de grado universitario	☐Doctorado	☐Se desconoce	☐Otro título _____

Estado civil:	☐Casado, vive con cónyuge	☐ Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	☐Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge	
	☐Pareja informal	☐Soltero, nunca se casó	☐Viudo o viuda	☐Divorciado

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona			
☐ Empleo	☐ Empleo autónomo	☐Búsqueda de trabajo	☐Educación postsecundaria
☐Formación profesional/otra formación	☐Inglés como segundo idioma	☐Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	☐Educación media
☐Discapacitado	☐ Guardia Nacional	☐ Reserva militar	☐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: ☐ Masculino ☐Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	☐ Amerindio o indígena de Alaska		☐ Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐ No hispano
	☐ Asiático	☐ Negro	☐ Blanco	☐ Otra	

Mayor nivel de escolaridad logrado:	☐ No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	☐ Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	☐ Título preparatorio universitario	☐Licenciatura
	☐ Título de grado universitario	☐ Doctorado	☐ Se desconoce	☐ Otra _____

Estado civil:	☐ Casado, vive con cónyuge	☐ Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	☐ Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge	
	☐ Pareja informal	☐ Soltero, nunca se casó	☐ Viudo o viuda	☐ Divorciado

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona			
☐ Empleo	☐ Empleo autónomo	☐ Búsqueda de trabajo	☐ Educación postsecundaria
☐ Formación profesional/otra formación	☐ Inglés como segundo idioma	☐ Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	☐ Educación media
☐ Discapacitado	☐ Guardia Nacional	☐ Reserva militar	☐ 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: ☐ Masculino ☐ Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: ☐Ciudadano ☐Ciudadano extranjero ☐Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	☐ Amerindio o indígena de Alaska		☐ Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐ No hispano
		☐ Asiático	☐ Negro	☐ Blanco	☐ Otra	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	☐ Sí ☐ No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	☐ Sí ☐ No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	☐ Sí ☐ No		

Vacunaciones: ☐Sí, vacunado ☐No, vacunaciones en curso ☐No, exención religiosa ☐No, exención médica

¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio:___/____/_____ Fin: ___/____/_____	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	☐ Sí ☐ 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?	☐Sí ☐ 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?	☐Sí ☐ 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: ☐ Masculino ☐ Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: ☐Ciudadano ☐Ciudadano extranjero ☐Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	☐ Amerindio o indígena de Alaska		☐ Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐ No hispano
		☐ Asiático	☐ Negro	☐ Blanco	☐ Otra	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	☐ Sí ☐ No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	☐ Sí ☐ No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	☐ Sí ☐ No		

Vacunaciones: ☐ Sí, vacunado ☐No, vacunaciones en curso ☐No, exención religiosa ☐No, exención médica

¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio:___/____/_____ Fin: ___/____/_____	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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: ☐ Masculino ☐Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: ☐Ciudadano ☐Ciudadano extranjero ☐Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	☐ Amerindio o indígena de Alaska		☐ Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐ No hispano
		☐ Asiático	☐ Negro	☐ Blanco	☐ Otra	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	☐ Sí ☐ No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	☐ Sí ☐ No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	☐ Sí ☐ No		

Vacunaciones: ☐ Sí, vacunado ☐No, vacunaciones en curso ☐No, exención religiosa ☐No, exención médica

¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio:___/____/_____ Fin: ___/____/_____	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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: ☐ Masculino ☐Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: ☐Ciudadano ☐Ciudadano extranjero ☐ Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	☐ Amerindio o indígena de Alaska		☐ Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): ☐ Hispano ☐No hispano
		☐Asiático	☐Negro	☐Blanco	☐Otra	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	☐ Sí ☐ No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	☐ Sí ☐ No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	☐ Sí ☐ No		

Vacunaciones: ☐ Sí, vacunado ☐No, vacunaciones en curso ☐No, exención religiosa ☐No, exención médica

¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio:___/____/_____ Fin: ___/____/_____	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ 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)
			☐ Sí ☐ No	☐Sí ☐ No			$
			☐ Sí ☐ No	☐Sí ☐ 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

					sema na		comisiones incluidas)
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			$
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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)	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ 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	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐No ☐ Sí ☐ 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.)	☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique el monto: $_____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	☐ Sí ☐ 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)	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ 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	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos).	☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique el monto: $_____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	☐ Sí ☐ 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: ☐Educación básica para adultos ☐Inglés como segundo idioma (ESL) ☐Educación postsecundaria ☐Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria ☐Diploma de la escuela secundaria/educación media ☐Formación en aptitudes laborales ☐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: ☐Educación básica para adultos ☐Inglés como segundo idioma (ESL) ☐Educación postsecundaria ☐Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria ☐Diploma de la escuela secundaria/educación media ☐Formación en aptitudes laborales ☐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: ☐Permanente ☐Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? ☐ Sí ☐No	Plazo del examen físico, si corresponde:	
Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:

Tipo de discapacidad: ☐Permanente ☐Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? ☐ Sí ☐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 necesiten cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).										
			Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	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.*
	☐Sí ☐No									

Sección 13: calendario de los niños que necesiten cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).										
			Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	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 .*
	☐Sí ☐No									
	☐Sí ☐No									
	☐Sí ☐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, exonero 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, exonero 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:_____

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CUIDADO INFANTIL DE BAJOS INGRESOS

Como beneficiario de los beneficios del Programa de Asistencia Para Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), acepto lo siguiente:

1. Notificar a mi trabajador de cuidado infantil por escrito dentro de los diez (10) días calendario si mi ingreso familiar excede el 85% del Ingreso Medio Estatal (SMI) e informar dentro de cuatro (4) semanas si cambia mis actividades elegibles calificadas. Entiendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que reembolsar los beneficios que recibí para cuales no era elegible. Las cantidades de ingresos por tamaño del hogar se pueden encontrar en www.coloradoofficeofearlychildhood.com.

2. Completar el proceso de redeterminación, lo que incluye proporcionar un paquete de redeterminación completo y toda la verificación requerida, cuando sea debido, para mantener mis beneficios de CCCAP.

3. Proporcionar una copia de mi identificación con foto no vencida, tomado en las últimas diez (10) años expedido por una escuela o una agencia gubernamental federal o estatal de los EEUU, a mi trabajador de cuidado infantil si estoy declarando la identidad de mi(s) hijo(s) debido a que el (los) hijo(s) no tienen identificación como parte de la solicitud o en el tiempo de redeterminación si no la recibió anteriormente mi trabajador de cuidado infantil.

4. Proporcionar un registro de vacunas de mi(s) hijo(s) a mi trabajador de cuidado infantil si el(los) hijo(s) no está(n) en edad escolar y el cuidado es brindado fuera de hogar por un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado y no relacionado.

5. Notificar a mi trabajador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado infantil, de lo contrario, es posible que el condado no pague por mi chidado infantil.

6. Cooperar con la oficina de Servicios de Manutención de Niños para cualquier niño que esté recibiendo cuidado y tenga un padre ausente si mi condado requiere la cooperación de los Servicios de Manutención de Niños.

7. Usar el Sistema de Seguimiento de Asistencia (ATS) aprobado por el estado diseñado para marcar el ingreso y la salida de mis hijos dentro y fuera del cuidado infantil en los días en que mi(s) hijo(s) asiste(n) al cuidado infantil. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención ATS aprobada por el estado, registraré la entrada y salida de mi(s) hiijo(s) según las instrucciones de mi trabajador de cuidado infantil y/o proveedor.

8. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia con mi proveedor de cuidado infantil o cualquier otra persona y notificar a mi trabajador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado infantil solicita esta información.

9. Pagar la tarifa de los padres que figura en mi aviso de autorización de cuidado infantil a mi proveedor de cuidado infantil en el mes en que se recibe el cuidado.

10. Si mi caso CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que haya proporcionado la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado recibió la verificación. También entiendo que yo sería responsable del pago durante la interrupción del servicio.

Como beneficiario de los beneficios de CCCAP, reconozco lo siguiente:

1. Si yo o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado infantil es empleado por cuenta propia, yo / nosotros debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos comerciales y estoy de acuerdo en monitorizar y verificar ingresos, gastos, horario de trabajo y necesidad de cuidado para ayudar en mi determinación de elegibilidad.

2. Si se proporciona cuidado de niños para una actividad de empleo o trabajo por cuenta propia, entonces el salario bruto imponible dividido por el número de horas trabajadas debe ser igual al salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo cuidado de niños. Si un esfuerzo de trabajo por cuenta propia tiene menos de doce (12) meses y no estoy ganando el salario mínimo, se lo comunicaré a mi trabajador de cuidado infantil para que pueda utilizar el Período de Inicio del Trabajo por Cuenta Propia.

3. La tarifa de los padres se basa en los ingresos familiares contables, el tamaño del hogar y la cantidad de niños en el cuidado y está sujeta a cambios. Se me notificará de mi tarifa de los padres nueva en el momento de la solicitud o la redeterminación; o, cuando ocurre una reducción / aumento de la tarifa de los padres del hogar.

4. Si no pago la tarifa de los padres ni hago arreglos de pago aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia de cuidado infantil con otro proveedor de cuidado infantil y / o a través de cualquier otro condado.

5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil hemos dado información falsa intencionalmente por escritura u omisión, mi hogar de cuidado infantil no puede obtener asistencia de cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción. Este crimen está sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales.

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 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 respect a la visita.

A. Información del niño *:

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.	Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐
2.	Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐
3.	Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐
4.	Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐

Proporcione capias de órdenes de visita de la corte por cualquier niño solicitando cuidado con CCAP.

B. HORARIO DE VISITA *: Si usted tiene un acuerdo de visitas y no hay orden de la corte, por fovor, complete el horario de visitas a continuación para cada niño que tiene visitas con el pardre/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.):_____

_____

_____

_____

_____

CCAP firma del padre/Fecha

Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
515 Coffman Street ~ Longmont CO 80501
3460 N Broadway ~ Boulder CO 80304
Phone: 303.441.1000
Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org

BOULDER COUNTY HOUSING & HUMAN SERVICES

CCAP BOULDER COUNTY

Revised 10.1.20

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

Por favor complete todo el formulario.

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:	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐
Edad escolar:	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐	Si ☐ NO ☐
Tipo de cuidado:	FT ☐ PT ☐	FT ☐ PT ☐	FT ☐ PT ☐	FT ☐ PT ☐
Distrito escolar (para ninos de edad escolar):				
Para edad escolar solamente:	ANTES DEL COLEGIO SOLO ☐ DUSPUES SOLO ☐ A/D ☐ DIA COMPLETEO NO CLASE ☐ CERANO DIA COMPLETO ☐	ANTES DEL COLEGIO SOLO ☐ DUSPUES SOLO ☐ A/D ☐ DIA COMPLETEO NO CLASE ☐ CERANO DIA COMPLETO ☐	ANTES DEL COLEGIO SOLO ☐ DUSPUES SOLO ☐ A/D ☐ DIA COMPLETEO NO CLASE ☐ CERANO DIA COMPLETO ☐	ANTES DEL COLEGIO SOLO ☐ DUSPUES SOLO ☐ A/D ☐ DIA COMPLETEO NO CLASE ☐ CERANO DIA COMPLETO ☐

B. Por favor complete esta seccion para cada niño que require cuidad cada día y note el horario y nombre y numero 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*****

Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
515 Coffman Street ~ Longmont CO 80501
3460 N Broadway ~ Boulder CO 80304
Phone: 303.441.1000
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? Circle Yes/No. If yes, give dates _____
Is employee expected to return to job? Circle Yes/No. If yes, give date _____
Is this temporary employment? Circle 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: Circle 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
Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org