

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE COLORADO
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL**

FORMULARIO DE REDETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Recibió este formulario para que el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado pueda actualizar su elegibilidad para participar en el programa de asistencia infantil. Recuerde que se le suspenderán los beneficios de asistencia infantil si no completa el formulario de redeterminación ni presenta los documentos necesarios.

Debe completar todos los espacios que lleven asterisco (*) en el formulario de redeterminación.

Llene este formulario y devuélvalo tan pronto como lo reciba. Si no recibimos el formulario y todos los documentos de verificación antes del _____, terminaran los servicios de asistencia infantil en _____ [volumen 3 de la sección 3.905.4].

Sección 1:

Fecha*: _____

Nombre del adulto principal encargado del cuidado infantil *: _____ Caso n.º: _____

Domicilio*: _____

Teléfono principal*: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico* _____

¿Ha cambiado de domicilio*? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, escriba aquí su nuevo domicilio: _____

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"/> Tiene una vivienda transitoria (explique):		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: ____ / ____ / ____ Fecha anticipada de su fin: ____ / ____ / ____	

Sección 2:

EMPLEO* (como constancia, incluya recibos de salario de los últimos 30 días)

Nombre del adulto principal encargado del cuidado infantil en el hogar*: _____

1. ¿Tiene empleo*?

____ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____
Indique la frecuencia salarial _____

____ No Si respondió que no, indique la fecha en que dejó de trabajar _____

2. ¿Tiene otro empleo*?

____ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____
Indique la frecuencia salarial _____

____ No

3. ¿Tiene un empleo nuevo*? En tal caso, adjunte carta de verificación de empleo

____ Sí Si respondió que sí, llene estos datos Fecha de inicio _____

____ No Nombre de la compañía empleadora _____ Teléfono _____

*¿Es un empleo adicional? ____ Si ____ No

4. ¿Tiene a dos adultos encargados del niño/a en el hogar *? (Si usted es padre o madre adolescente, no incluya a sus padres)

____ Si ____ No Si respondió que sí, **conteste las preguntas 5 a 7**

Nombre del segundo adulto encargado del cuidado infantil en el hogar*: _____

5. ¿Trabaja el encargado del cuidado infantil *?

____ Si Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____

Con qué frecuencia se le paga? _____

____ No Si respondió que no, indique la fecha en que dejó de trabajar _____

6. ¿Tiene otro empleo*?

____ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____

Indique su frecuencia salarial _____

____ No

7. ¿Tiene un empleo nuevo*? En tal caso, adjunte carta de verificación de empleo

____ Sí Si respondió que sí, llene estos datos: Fecha de inicio _____

____ No Nombre de la compañía empleadora _____ Teléfono _____

*¿Es un empleo adicional? Si ____ No _____

Sección 3:

 EDUCACIÓN O FORMACIÓN PROFESIONAL*

Nombre del adulto principal encargado del cuidado infantil *: _____

8. ¿Recibe formación profesional*? ____ Si ____ No Institución _____
¿Va a clases*? ____ Si ____ No Institución _____
Nombre del segundo adulto en el hogar encargado del cuidado infantil* (si corresponde):

9. ¿Recibe formación profesional*? ____ Yes ____ No Institución? _____
¿Va a clases*? ____ Si ____ No Institución? _____

Sección 4 :

 BÚSQUEDA DE TRABAJO/DISCAPACIDAD*

Nombre del adulto principal en el hogar encargado del cuidado infantil *: _____

10. ¿Está buscando trabajo*? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio? _____
¿Está discapacitado*? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio? _____
Si respondió que sí, marque si la discapacidad es ____ permanente o ____ temporal
Si la discapacidad es temporal, indique la fecha en que terminará _____
¿Está incapacitada por maternidad*? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio _____
Si respondió que sí, indique la fecha anticipada del fin _____

Nombre del segundo adulto principal encargado del cuidado infantil * (si corresponde):

11. ¿Está buscando trabajo? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio _____
¿Está discapacitado*? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio _____
Si respondió que sí, marque si la discapacidad es ____ permanente o ____ temporal
Si la discapacidad es temporal, indique la fecha en que terminará _____
¿Está incapacitada por maternidad*? ____ Si ____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio _____
Si respondió que sí, indique la fecha anticipada de fin _____

Sección 5:

 INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR*

Incluya a todos los miembros de su grupo familiar:

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, apodo*	Parentesco con usted*	Sexo* M/F	Fecha de nacimiento*	Historia de vacunaciones de los niños*: (use los códigos de abajo)
	YO MISMO			

Códigos de la historia de vacunaciones: **IM:** Niño vacunado **ME:** Exención médica **RE:** Exención religiosa **OT:** Otro motivo (explíquelo)

De las personas que componen su grupo familiar, ¿hay alguno recién incorporado? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, proporcione los siguientes datos:

- **Adultos recién incorporados*** (si corresponde): use hojas adicionales para incluir todos los datos solicitados, si es necesario.

Fecha de ingreso al grupo familiar*	Apellido y nombre*	Número de Seguro Social (optativo, solo con fines informativos)	Estado militar	Estado civil (use los códigos de abajo)	Hispano o latino (Sí o no)	Razas: incluya todas las opciones aplicables (use los códigos de abajo)
			<input type="checkbox"/> Servicio militar activo (servicio de tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia Nacional			
			<input type="checkbox"/> Servicio militar activo (servicio de tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia Nacional			

Códigos de raza (use las opciones aplicables): **A**, asiático; **B**, negro o afroamericano; **H**, hispano; **I**, amerindio o indígena de Alaska; **P**, nativo Hawaiano o indígena de otras islas del Pacífico; **W**, blanco.

Códigos de estado civil: **D**, divorciado; **M**, casado; **S**, soltero; **P**, separado; **W**, viudo.

- **Personas a cargo/niños recién incorporados*** (si corresponde)

Fecha de ingreso al grupo familiar*	Apellido y nombre*	Número de Seguro Social (optativo)	Hispano o latino (Sí o no)	Razas: incluya todas las opciones aplicables (use los códigos de abajo)	¿Necesita cuidado infantil para este niño*? (Sí o no)	¿Niño discapacitado*? (Sí o no)	Fecha de nacimiento*	Historia de vacunaciones* (use los códigos de abajo)
1.								
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este 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 este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?								<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
1a. Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores: Apellido: _____ Nombre: _____								
2.								
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2a. Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores: Apellido: _____ Nombre: _____								
3.								
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3a. Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores: Apellido: _____ Nombre: _____								

Códigos de raza (use las opciones aplicables): **A**, asiático; **B**, negro o afroamericano; **H**, hispano; **I**, amerindio o indígena de Alaska; **P**, nativo Hawaiano o indígena de otras islas del Pacífico; **W**, blanco.
Códigos de la historia de vacunaciones: **IM**: Niño vacunado, **ME**: Exención médica, **RE**: Exención religiosa, **OT**: Otro motivo (explíquelo)

- De los niños ya nombrados, ¿hay alguno que no sea ciudadano estadounidense*? ____ Sí ____ No Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre del niño*	Fecha de nacimiento*	Número de registro de extranjero*
		A
		A

- De los niños ya nombrados, ¿hay alguno que esté bajo custodia compartida o custodia en hogar sustituto? Sí ____ No Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre del niño*	¿Custodia compartida o custodia en hogar sustituto?	Fecha de inicio de la custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia en hogar sustituto	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia en hogar sustituto	

- ¿Hay alguno que haya dejado el grupo familiar*? ____ Sí ____ No. Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre*	Fecha de partida*	Motivos de la partida*

Sección 6:

- Información sobre otros programas de beneficios

¿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"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asistencia alimentaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programa para la mujer, el bebé y el niño (WIC)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de cuidado para adultos (CACFP)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Si	<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"/> Si	<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"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otra opción (describala): _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Sección 7:

HORARIO DE ACTIVIDADES LABORALES O ACADÉMICAS*

Complete el horario de sus actividades laborales o académicas. Si hay dos adultos encargados del cuidado infantil en el hogar, incluya los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, no se olvide de incluir los horarios de todos los empleos.

Ejemplo:	Lunes (a. m./ p. m.)	Martes (a. m./ p. m.)	Miércoles (a. m./ p. m.)	Jueves (a. m./ p. m.)	Viernes (a. m./ p. m.)	Sábado	Domingo
Horario:	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	0	0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Mi horario*	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo*							
N.º de horas*							
Educación o formación profesional*							
N.º de horas*							
Segundo adulto encargado del cuidado infantil en el hogar*	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo*							
N.º de horas*							
Educación o formación profesional*							
N.º de horas*							

Si hay cambios de horario, explíquelos:

Sección 8:

HORARIO DE LOS NIÑOS*

Complete el horario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada proveedor utilizado (si contrata a más de uno). Recuerde que se aprobará el cuidado infantil según la elegibilidad. Adjunte una copia del calendario académico de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:		Fecha válida de inicio*:			Fecha válida de fin:		
Nombre del encargado del cuidado infantil*:							
Domicilio del encargado del cuidado infantil*:							
Ejemplo:	<i>Lunes (a. m./ p. m.)</i>	<i>Martes (a. m./ p. m.)</i>	<i>Miércoles (a. m./ p. m.)</i>	<i>Jueves (a. m./ p. m.)</i>	<i>Viernes (a. m./ p. m.)</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
Horario:	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	0	0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario*							
N.º de horas*							
<p>¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin.</p> <p>Inicio: ___ / ___ / _____ Fin: ___ / ___ / _____</p>							

HORARIO DE LOS NIÑOS*

Complete el horario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada proveedor utilizado (si contrata a más de uno). Recuerde que se aprobará el cuidado infantil según la elegibilidad. Adjunte una copia del calendario académico de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:	Fecha válida de inicio*:	Fecha válida de fin:
Nombre del encargado del cuidado infantil*:		
Domicilio del encargado del cuidado infantil*:		

Ejemplo:	Lunes (a. m./ p. m.)	Martes (a. m./ p. m.)	Miércoles (a. m./ p. m.)	Jueves (a. m./ p. m.)	Viernes (a. m./ p. m.)	Sábado	Domingo
Horario:	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	8:00-3:00	8:00-5:00	0	0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario*							
N.º de horas*							

¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? Si No

Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin.

Inicio: ___/___/_____ Fin: ___/___/_____

Haga copias de esta página para incluir horarios infantiles adicionales.

Página _____ de _____

Sección 9:

PREGUNTAS SOBRE LOS INGRESOS*: incluya todas las fuentes de ingresos. Ponga cero si no tiene ingresos. Anote los ingresos familiares totales por mes*:

Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del segundo adulto encargado del cuidado infantil en el hogar	Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del segundo adulto encargado del cuidado infantil en el hogar
Salario (antes del pago de impuestos)*	\$	\$	Beneficios de Seguro Social para familiares sobrevivientes, pagos de la indemnización por discapacidad permanente*	\$	\$
Ingresos por empleo autónomo*	\$	\$	Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera)*	\$	\$
Propinas o porcentaje de comisión	\$	\$	Retenciones del salario militar*	\$	\$
Sustento de menores*	\$	\$	Subsidios de huelga*	\$	\$
Pago de la pensión alimenticia*	\$	\$	Dividendos, intereses, ingresos por sucesiones o fideicomisos, ingresos netos por alquiler, regalías*	\$	\$
Recursos líquidos: efectivo en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos, etc.	\$	\$	Pagos de jubilación y de pensión* (pensión de veterano, pensiones del Seguro Social)	\$	\$
Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	\$	\$	Seguro de desempleo*	\$	\$
Compensación por accidente de trabajo*	\$	\$	Otros ingresos*	\$	\$

	INGRESOS TOTALES* \$	\$
	INGRESOS FAMILIARES TOTALES*	\$

1. Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Asistencia con cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría solicitar esta asistencia	3. Asistencia en efectivo o asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			No, I would like to apply		
4. Colorado Works/Asistencia en efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Ingresos del Seguro Social complementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Ingresos por servicios a AmeriCorps	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre de quien recibe los ingresos*	Tipo de ingresos (use el número de categoría en los cuadros anteriores)*	Frecuencia salarial de los ingresos* (mensual, semanal, etc.)

Cambios o comentarios adicionales: _____

Autorización para compartir información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales 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 cuidado 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 infantil, 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 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 infantil, incluidos Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge o de otro adulto encargado del cuidado infantil:
_____ Fecha: _____

CONVENIO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

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 cuidado 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) hijo(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.

DEBE LEER ESTA PÁGINA Y FIRMARLA

Este formulario debe ir acompañado de los siguientes documentos:

Si trabaja, incluya lo siguiente:

Si es trabajador autónomo, libro de contabilidad y copias de los ingresos comerciales totales y gastos comerciales de los últimos treinta (30) días, así como el horario de trabajo planeado.

Nota: tenga en cuenta que su actividad autónoma debe ser lucrativa y debe cumplir el salario mínimo estipulado por el gobierno federal para conservar su elegibilidad.

Constancia de ingresos y del horario de trabajo si pide asistencia infantil de tarde, de noche o los fines de semana. Adjunte copias de los **recibos de sueldo correspondientes a los últimos treinta (30) días** de todos los miembros del grupo familiar. Tenga en cuenta que debe cumplir el salario mínimo estipulado por el gobierno federal para conservar su elegibilidad.

Si **acaba de comenzar un nuevo empleo**, presente una copia completa de la carta de verificación de empleo, que debe incluir los siguientes datos: fecha de inicio, salario, horario de trabajo, número de horas y días de trabajo por semana, frecuencia salarial y fecha del primero sueldo.

Importante: si pierde su empleo y necesita cuidado infantil mientras busca nuevo trabajo, puede aprovechar el programa Job Search Child Care *de manera limitada*. Para ello, debe obtener aprobación previa para obtener cuidado infantil mientras busca trabajo.

Si solicita cuidado infantil mientras asiste a clases o recibe formación profesional, es necesario incluir lo siguiente:

Carta de la institución educativa o de formación profesional para verificar que usted está matriculado. Calendario, en caso de necesitar cuidado infantil de tarde, de noche o los fines de semana.

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.

Verifique el cumplimiento de las siguientes tareas:					
	Completó la redeterminación		Adjuntó los recibos de sueldo necesarios		Adjuntó carta de verificación de empleo (si tiene nuevo trabajo)
	Firmó y fechó la redeterminación		Adjuntó toda la información sobre formación profesional		Adjuntó verificación de otros ingresos
	Adjuntó calendario de actividades laborales o académicas		Adjuntó toda la información sobre educación		

Certifico que todos los datos de este formulario son correctos a mi mejor saber y entender. Si no informo de cambios o si doy datos inexactos, entiendo que podrán exigirme 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.

X _____
Firma del adulto principal encargado del cuidado infantil en el hogar Número de Teléfono durante el día Fecha

X _____
Firma de otro adulto encargado del cuidado infantil en el hogar Número de Teléfono durante el día Fecha

RECURSO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA 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 **niegan** 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 audiencia, 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 audiencia no será el responsable del cambio o la decisión.

Antes de decidirse por pedir una audiencia 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 audiencia 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 audiencia imparcial de condado para presentar su apelación.
3. Indique en la carta que desea apelar la decisión de la audiencia 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 audiencia 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 audiencia.

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.

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Proporcione copias 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 favor, complete el horario de visitas a continuación para cada niño que tiene visitas con el padre/madre fuera de su hogar. Tenga en cuenta que si hay niños con padres diferentes fuera de su hogar, usted debe completar una hoja separada para cada padre sin custodia y obtener firma.

Nombre del niño		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1.	Madre							
	Padre							
2.	Madre							
	Padre							
3.	Madre							
	Padre							
4.	Madre							
	Padre							

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

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



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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Edad escolar:	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de cuidado:	FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>			
Distrito escolar (para niños de edad escolar):				
Para edad escolar solamente:	ANTES DEL COLEGIO SOLO <input type="checkbox"/> DUSPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETEO NO CLASE <input type="checkbox"/> CERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>	ANTES DEL COLEGIO SOLO <input type="checkbox"/> DUSPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETEO NO CLASE <input type="checkbox"/> CERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>	ANTES DEL COLEGIO SOLO <input type="checkbox"/> DUSPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETEO NO CLASE <input type="checkbox"/> CERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>	ANTES DEL COLEGIO SOLO <input type="checkbox"/> DUSPUES SOLO <input type="checkbox"/> A/D <input type="checkbox"/> DIA COMPLETEO NO CLASE <input type="checkbox"/> CERANO DIA COMPLETO <input type="checkbox"/>

B. Por favor complete esta seccion para cada niño que requiere cuidado 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? 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
 Imaging Email: Imaging@bouldercounty.org