

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE COLORADO
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DE COLORADO
(CCCAP)**

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.

Llene este formulario y devuélvalo tan pronto como lo reciba. Si no recibimos el formulario y todos los documentos de verificación antes del _____, el caso ante CCCAP se cerrará y ya no se autorizarán los servicios de asistencia infantil a partir del _____.

Sección 1:

Fecha: _____

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: _____ Caso n.º: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿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 cuidador adulto principal en el hogar: _____

1. ¿Tiene empleo?

___ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____
 Indique su 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 su 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? Sí No

4. ¿Tiene a dos cuidadores adultos en el hogar? (Si usted es padre o madre adolescente, no incluya a sus padres)
_____ Sí _____ No **Si respondió que sí, conteste las preguntas 5 a 7.**

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar: _____

5. ¿Trabaja este cuidador adulto?

___ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? _____ Teléfono _____
Indique su frecuencia salarial _____

___ 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? _____ Sí _____ No

Sección 3:

EDUCACIÓN O FORMACIÓN PROFESIONAL

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: _____

8. ¿Recibe formación profesional? _ Sí _____ No Nombre de la institución: _____
¿Va a clases? ___ Sí _____ No Nombre de la institución: _____

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar (si corresponde): _____

9. ¿Recibe formación profesional? _ Sí _____ No Nombre de la institución: _____
¿Va a clases? ___ Sí _____ No Nombre de la institución: _____

Sección 4:

BÚSQUEDA DE TRABAJO/DISCAPACIDAD

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: _____

10. ¿Está buscando trabajo? _ Sí _____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio: _____
¿Está discapacitado? ___ Sí _____ 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 con licencia por maternidad? _____ Sí _____ No. Si respondió que sí, indique fecha de inicio: _____
Si respondió que sí, indique la fecha anticipada de fin: _____

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar (si corresponde): _____

11. ¿Está buscando trabajo? _ Sí _____ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio: _____
¿Está discapacitado? _____ Sí _____ 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 con licencia por maternidad? _____ Sí _____ 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	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, provea los datos siguientes:

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)	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,** hawaiano nativo 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	Vacunas: (use los códigos de abajo)

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? Sí 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? Sí No

Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

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	Vacunas (use los códigos de abajo)

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? Sí 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? Sí No

Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

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)

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? Sí 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? Sí No

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**, hawaiano nativo 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<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
Asistencia alimentaria (SNAP)	<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
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de día adultos (CACFP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<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
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
Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra opción (describala): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 7:

CALENDARIO DE ACTIVIDADES LABORALES O ACADÉMICAS

Complete el calendario de sus actividades laborales o académicas. Si hay dos cuidadores adultos en el hogar, incluya los calendarios de ambos. Si tiene más de un empleo, no se olvide de incluir los calendarios de todos los empleos.

Ejemplo: Calendario:	Lunes (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Martes (a. m./p. m.) 8:00-3:00	Miércoles (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Jueves (a. m./p. m.) 8:00-3:00	Viernes (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Sábado 0	Domingo 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
MI CALENDARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo							
Horas							
Educación o formación profesional							
Horas							
SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo							
Horas							
Educación o formación profesional							
Horas							

Si hay cambios de horario, explíquelos: _____

Sección 8:

CALENDARIOS DE LOS NIÑOS

Complete el calendario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador (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 cuidador y núm. de licencia:							
Domicilio del cuidador:							
Ejemplo: Calendario:	<i>Lunes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Martes (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Miércoles (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Jueves (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Viernes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Sábado</i> 0	<i>Domingo</i> 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
Horas							
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/_____ Fin: ___/___/_____							

CALENDARIOS DE LOS NIÑOS

Complete el calendario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador (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 cuidador y núm. de licencia:							
Domicilio del cuidador:							
Ejemplo: Calendario:	<i>Lunes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Martes (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Miércoles (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Jueves (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Viernes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Sábado</i> 0	<i>Domingo</i> 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
Horas							
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/_____ Fin: ___/___/_____							

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA INCLUIR CALENDARIOS 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 cuidador adulto en el hogar	Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del segundo cuidador adulto en el hogar
Salario (antes del pago de impuestos)	\$	\$	Beneficios de Seguro Social para familiares supervivientes, 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 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	\$

OTROS TIPOS DE INGRESOS (si corresponde) ¿Recibe usted u otro miembro del grupo familiar algunos de los siguientes tipos de ingresos? Si contestó que sí, complete la tabla siguiente.

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
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 ingresos (LEAP)	<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 dar 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, 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 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, 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 infantil, 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 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. 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 como constancia de lo siguiente:
 - 1) Usted está matriculado en el programa y continúa su progreso académico.
 - 2) Descripción del programa en el que usted se ha matriculado.
 - 3) Fecha anticipada de graduación del programa en el que está matriculado.
 - 4) Fechas de comienzo y fin de cada trimestre, semestre o sesión.
 - 5) Días y horario de clases.
 - 6) Número de horas crédito.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> _____	Teléfono del hogar	Fecha
Firma del cuidador adulto principal en el hogar		

<input checked="" type="checkbox"/> _____	Teléfono del hogar	Fecha
Firma del segundo cuidador adulto en el hogar		

RECORDATORIOS IMPORTANTES

Si un individuo da información falsa por acción u omisión de manera intencional, no puede recibir asistencia infantil en Colorado 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.

Usted tiene un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha en que sus ingresos cambien para informar por escrito de tales cambios si sus ingresos totales superan el ochenta y cinco por ciento (85 %) de los ingresos medios a nivel estatal. También tiene un plazo de cuatro (4) semanas calendario para informar por escrito si ya no participa en una actividad elegible.

Para obtener un formulario de cambio de elegibilidad del programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado, contacte al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.

Usted correrá con los gastos del cuidado infantil hasta recibir autorización para participar en el programa de asistencia infantil. Consulte los detalles de elegibilidad con el trabajador social de asistencia infantil.

Tras recibir autorización para participar en el programa de asistencia infantil, usted deberá pagar la cuota mensual de los padres al cuidador, si corresponde. Consulte los detalles de elegibilidad con el trabajador social de asistencia infantil.

Para conservar su elegibilidad como participante en el programa de asistencia infantil, usted se responsabiliza de dar todos los detalles necesarios para completar la redeterminación. Consulte los detalles de elegibilidad con el trabajador social de asistencia infantil.

Para obtener un formulario de cambio de elegibilidad del programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado, contacte al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.

Usted correrá con los gastos del cuidado infantil hasta que la redeterminación afirme su elegibilidad para participar en el programa de asistencia infantil.

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.