

## Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil del Estado de Colorado

### Actividades que reúnen los requisitos para participar en el programa:

- Encargados de un menor, si están trabajando
- Encargados de un menor, si están buscando un empleo
- Se proporcionará educación superior a los encargados de un menor por un máximo de 208 semanas. (No se incluirán las horas de estudio para los propósitos de esta actividad.)
- Hasta 52 semanas para la educación con propósitos de examen de Desarrollo Educativo General (GED), Inglés como Segundo Idioma (ESL) o Educación Básica para Adultos
- Padres que son adolescentes (menores de 21 años) si están estudiando en un programa para recibir su diploma de preparatoria (*high school*), en un programa de preparación para el examen del Desarrollo Educativo General (GED), para un diplomado o programa educativo.
- Las familias que reciben beneficios del programa *Colorado Works*/programa de Asistencia Temporal para familias con Necesidades (TANF) que están realizando actividades de trabajo que constan para reunir los requisitos de su Acuerdo sobre Responsabilidad Individual.
- Los solicitantes deben ser residentes del Condado de Jefferson.

**TODAS LAS FAMILIAS TIENEN QUE ESTAR REALIZANDO ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES ARRIBA MENCIONADAS Y SUS INGRESOS BRUTOS MENSUALES NO PUEDE EXCEDER DE LO QUE SE ESPECIFICA EN EL SIGUIENTE CUADRO:**

Número de personas en la familia:	2	3	4	5	6	7	8	9
Máximo de sus ingresos brutos mensuales	\$3,266.25	\$4,117.50	\$4,968.75	\$5,820.00	\$6,671.25	\$7,522.50	\$8,373.75	\$9,225.00

### Requisitos del programa

- Los encargados del menor tienen que estar realizando una actividad que reúne los requisitos tanto al presentar su solicitud inicial y cuando se vuelva a determinar su elegibilidad.
- Si se requiere una verificación de sus ingresos, el encargado del menor tiene que proporcionarlo antes de que sea aprobado,
- Las familias que reúnan los requisitos tienen que pagar una cuota de padres directamente a la persona o entidad que proporciona el cuidado infantil para sufragar una parte del costo total y
- Se volverá a determinar la elegibilidad para seguir recibiendo la asistencia cada 12 meses.
- En caso de ser aplicable, los encargados de un menor tienen que cooperar con los Servicios de Apoyo a Menores.

Estos son los factores principales que se utilizan para determinar si usted reúne los requisitos de este programa. Su elegibilidad será determinada por el personal del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil una vez completado el formulario de solicitud y entregado la verificación que se le ha requerido.

**Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de la solicitud, por favor, no dude en comunicarse con nosotros al: 303-271-4484 o al número de facsímil: 303-271-4447. También puede enviar su formulario de solicitud una vez completado con la verificación a: [CCAPCustomerService@co.jefferson.co.us](mailto:CCAPCustomerService@co.jefferson.co.us)**

Edificio	Horas de recibir a las personas sin cita
Laramie Building 3500 Illinois St. Suite 2200 Golden, CO 80401	Lunes a jueves 7:30 am - 5:30 pm Proporcionamos servicios presenciales limitados El edificio estará cerrado los viernes, pero los servicios estarán disponibles en línea.

**Condado de Jefferson, Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)  
Lista de Verificación**

Nombre del adulto principal encargado del menor (solicitante):	Fecha:
<b>Documentos justificativos</b>	<b>Se ha proporcionado la verificación (Para usos del condado solamente)</b>
Residencia en el Condado de Jefferson: <i>(contrato de alquiler vigente o el recibo de los servicios públicos o del agua)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Copia de prueba de identidad del encargado principal del menor ( <i>Identificación o Licencia de manejar</i> )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Copia del/de las acta(s) de nacimiento de el/la/los/las menor(es).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Actividades principales que reúnen los requisitos <b><u>*de todos los adultos*</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de empleo <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Yes    <input type="checkbox"/>No</span></li> <li>• Empleo <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Yes    <input type="checkbox"/>No</span></li> <li>• Escuela (<i>calendario con horario y/o información sobre la inscripción en la escuela</i>) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Yes    <input type="checkbox"/>No</span></li> <li>• Empleo autónomo <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Yes    <input type="checkbox"/>No</span> <i>En su caso, proporciona el libro de cuentas y gastos de negocio</i></li> </ul>	
Ingresos brutos del hogar (mensual):	
Cantidad devengada \$ _____ <i>(talones de cheque de los últimos 30 días) Si ha tenido este empleo por 60 días o menos, se requiere una carta de su empleador.</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cantidad de otras fuentes \$ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tipo de ingresos: _____	
<b>El Condado de Jefferson podrá requerir verificaciones adicionales, según sea necesario</b>	

Si usted tiene alguna pregunta acerca del trámite de la solicitud, no dude en comunicarse con nosotros al: 303-271-4844 o el número de facsímil: 303-271-4447. También puede enviar su formulario de solicitud una vez completado con la verificación a: [CCAPCustomerService@co.jefferson.co.us](mailto:CCAPCustomerService@co.jefferson.co.us)

\_\_\_\_\_  
Firma del Adulto Principal Encargado del Menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

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

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

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	<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 <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 <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 <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	
Otra opción (describala): _____	

## Sección 2: información del cuidador principal en el hogar

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

### ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

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

## Sección 3: cuidador adulto adicional en el hogar o cónyuge

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

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

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

**ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA OTROS NIÑOS SI ES NECESARIO

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### Sección 8: sustento de menores ordenado o pagado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre:	Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
---------	-------------------------------------	----------------------------------

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

Nombre:	Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
---------	-------------------------------------	----------------------------------

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

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

<b>Ejemplo</b>	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.
<b>MI CALENDARIO</b>							
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							
<b>SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							

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

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

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

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

---

### Autorización para dar información

#### Autorización para dar información

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

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

### Autorización para divulgar información

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

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

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

## 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](http://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.



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  
4<sup>th</sup> 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



## Child Support Services

Jefferson County

3500 Illinois Street, Suite 1300  
Golden, CO 80401 Phone 303-271-4300  
Fax 303-271-4091 or 303-271-4480  
*Serving the Tri-County Region*

### **Requisitos para la Solicitud de Servicios de Apoyo a Menores y Documentos Necesarios**

Se requerirá que usted coopere con Servicios de Apoyo a Menores, entregando el formulario de solicitud y proporcionando toda la documentación necesaria.

- Complete un formulario de solicitud por cada menor en el hogar por quien ha solicitado el servicio de cuidado infantil, un formulario por cada padre o madre que no cuenta con la custodia del menor.
- Una identificación vigente con fotografía, expedida por el estado.
- Todas las órdenes judiciales asociadas con el/la/los/las menor(es) que se incluyen en la solicitud (si se aplica)
- Acta(s) de nacimiento de el/la/los/las menor(es) solamente
  - Declaración Jurada de Paternidad firmada ante un notario, si no se ha establecido la paternidad
- Tarjetas del Seguro Social (si está disponible)

Por favor, comuníquese a Servicios de Apoyo a Menores al 303-271-4300 para obtener más información acerca del proceso de solicitud.

En caso de una situación de violencia intrafamiliar en el presente o el pasado, o si usted es un padre o madre adolescente, por favor complete y firme el formulario adjunto que el Estado requiere y envíelo a su Trabajador de Cuidados Infantiles.

---

Firma de la Solicitud

## **Exención de los Requisitos o Medidas de Cumplimiento relacionadas con los Servicios de Apoyo a Menores**

(HB16-1227 CRS 26-2-805)

Declaro que cumplo con los requisitos para que me definan como un(a) “Padre o Madre Adolescente” de acuerdo con el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, porque tengo menos de veintiún (21) años (Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_) y me corresponde la custodia de mi(s) hijo/hija/hijos/hijas menor(es) durante el período por el que se solicita el cuidado; además participo en una actividad que reúne los requisitos, por ejemplo asistir a una escuela media, preparatoria, programa de Desarrollo Educativo General (GED), actividad de capacitación vocacional o técnica, empleo o búsqueda de empleo.

Y/O

- Declaro que temo por mi seguridad y/o la de mis hijos si procuro que hagan cumplir el pago de la manutención de mis hijos y he experimentado lo siguiente: (marque todo lo que se aplica)
- Violencia Intrafamiliar (Por ejemplo: que me empujen, que me peguen con la mano abierta o de otra manera, amenazas con hacerme daño, destrucción de bienes, impedir que llame a 911, hacer daño a un animal u otros comportamientos que generen miedo o intimidación.)
- Delito sexual (Por ejemplo: contacto sexual forzado, tocar de una manera sexual no deseada, sexo sin consentimiento, o violación sexual.)
- Acoso (Por ejemplo: llamadas o textos frecuentes y no deseados, comunicación que se utiliza para intimidar o amenazar o insultos repetidos destinados a crear miedo.)
- Acecho (Por ejemplo: seguir o monitorear a las personas repetidamente para causar miedo o intimidación.)

Las pruebas pueden incluir:

Documentación: No se requiere; sin embargo, esta documentación puede proporcionar claridad e información para su expediente. Puede incluir:

- Informe policial
- Informe médico
- Orden judicial de alejamiento (interdicto)
- Declaración de un médico, trabajador de salud mental, trabajador social de casos o defensor de derechos de las víctimas

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Verificación de Empleo

**EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social # \_\_\_\_\_

La persona arriba mencionada ha indicado que es empleado en su negocio. Por favor, complete este formulario con la siguiente información y entréguelo al empleado o directamente al Condado de Jefferson al número de facsímile: 303-271-4447

Atención: \_\_\_\_\_ . Gracias por su tiempo y asistencia.

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

Primer día del empleo: \_\_\_\_\_ Fecha en la que el empleado recibió su primer cheque: \_\_\_\_\_

**HORARIO SEMANAL:** (Por favor describa el horario regular de empleo, por ejemplo 9-5)

DOM	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	HORAS TOTALES POR SEMANA

Si el horario es variado, por favor, indique los días regulares de descanso en el cuadro de arriba **y** proporcione la información sobre los horarios variados a continuación.

Si las horas **VARÍAN**: Horas promedias por semana \_\_\_\_\_ (mínimo # de horas) \_\_\_\_\_ (máx. # de horas)

Hora más temprana de entrada \_\_\_\_\_ Hora más tarde de salida \_\_\_\_\_

Tarifa de pago: \_\_\_\_\_ Salario bruto mensual: \_\_\_\_\_ ¿Se retienen impuestos?:  No  Sí

¿Frecuencia del pago?  Semanal  Cada dos semanas  Quincenal  Mensual/Otra \_\_\_\_\_

Ingresos adicionales (tiempo extra/comisiones/bonificaciones/propinas\*)  No  Sí (en caso afirmativo, responda a lo siguiente) ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_ ¿Con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_

\* En caso de propinas, ¿qué porcentaje se declara con propósitos de impuestos? \_\_\_\_\_

\*\* Si el/la empleado/a es nuevo/a, ¿cuál es la comisión o las propinas iniciales más bajas que puede ganar?

\$ \_\_\_\_\_

¿cuál es la comisión o las propinas iniciales más altas que puede ganar? \$ \_\_\_\_\_

Confirmo que la información proporcionada en este formulario es completa y precisa:

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador/supervisor  
en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador/supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil del Condado de Jefferson**  
**Teléfono del CCAP: 303-271-4484    Facsímile de CCAP: 303-271-4447**

- Nuevo proveedor
- Cambio de Proveedor
- Cambio de horario del proveedor

***Padres o adultos encargados de un menor  
que participen en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)***

***Por favor, tengan presente:***

- ❖ Usted tiene que dar un aviso con 10 días de anticipación a su trabajador(a) de CCAP para poder cambiar de proveedor. Se deben incluir cambios por días no lectivos y días de receso. Comuníquese con el trabajador de CCAP que le corresponde en caso de una emergencia.
- ❖ Usted tendrá que comunicarse directamente con su proveedor de cuidado infantil para averiguar el plazo de anticipación que tiene para notificarle – es posible que ya firmó un contrato en el cual se especifica este dato (por ejemplo: “con 2 semanas de anticipación”).
- ❖ Tendrá que haber pagado la totalidad de la cuota de padres o haber hecho arreglos de pago aprobados antes de poder cambiar de proveedor, lo cual se verificará con su proveedor actual.

Nombre del padre, madre o encargado del menos: \_\_\_\_\_

Proveedor actual: \_\_\_\_\_ Fecha de término con el Proveedor actual: \_\_\_\_\_

Nombre del nuevo proveedor: \_\_\_\_\_

Número de licencia del nuevo proveedor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Director/Contacto: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio con el nuevo proveedor: \_\_\_\_\_

**Para los menores de edad escolar/Nombre de la primaria:** \_\_\_\_\_

Fechas de inicio/fin del año escolar: \_\_\_\_\_

Se necesitan cuidados para (marca todo lo que se aplica):

- Antes de la escuela       Después de la escuela       Antes y después de la Escuela  
 Aprendizaje remoto       Horario híbrido

Nota: (indique los nombres de los niños, sus horarios y cualquier otra información específica. Use un formulario adicional en caso de ser necesario):

Firma del padre/de la madre/del encargado del menor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_