

*****Atención*****

Su paquete de Re-determinación COMPLETADO se tiene que ENTREGAR para _____!

Su talones de cheque recibidos durante el mes de _____,

se tienen que entregar con su re-determinación.

Tenemos 10 días para procesarlo de la fecha que es recibido.

Usted se arriesga una interrupción en el cuidado si el paquete es entregado después del 15, si no está completa o si faltan las verificaciones.

Por favor, preste atención a toda la información solicitado en la página 1 del paquete de Re-determinación.

Pagina en blanco intencionalmente



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Child Care Assistance Program

1501 Blue Spruce Drive
Fort Collins, CO 80524
(970) 498-6300
Fax: (970) 498-7987
CCAP@larimer.org

Estimado Participante de CCAP:

Es tiempo para completar su **re-determinación de 12 meses**. Incluya la siguiente información:

- **Verificación de Los Ingresos del Empleo**. Copias de las ganancias del pasados mes para todos los miembros adultos de la casa.

Someta una carta de su empleador con el logo indicando su fecha de comienzo, sus sueldos, los periodos de paga y el horario de trabajo (incluyendo el número total de horas trabajadas a la semana).

- **Los Clientes que Trabajan por cuenta propia**: Proporcione copias de sus ganancias totales del negocio y sus gastos, con todos los recibos para los gastos, por el último mes.
- **Verificación de Los Otros Ingresos del Hogar**
- **Verificación del Sustento de Menores**
- **Los Estudiantes**: incluye una copia de **su horario actual de las clases**.
- **Verificación del estado de la Ciudadanía para los niños por los que pide cuidado**.

Uno de los artículos enumerados

- Certificado de nacimiento
- Posesión de Pasaporte de Estados Unidos
- Certificado de Naturalización
- Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos
- Certificado de Nacimiento Extranjero de Ciudadano de Estados Unidos
- Las tarjetas de identificación para ciudadanos de los Estados Unidos

- **Verificación de Identidad para los Padres en el Hogar**.

- Identificación oficial con fotografía (original)

Para completar la re-determinación de 12 meses, complete, firme y devuelve los siguientes formas:

- Cuestionario del Individuo no Relacionado
- Acuerdo del Responsabilidades del Cliente
- Paquete de Re-determinación

- **Verificación de Residencia del Condado**.

Los padres deben proporcionar una prueba de residencia del condado (ejemplo: el recibo del alquiler/el arriendo, la declaración de la hipoteca, la utilidad o la otra cuenta enviado no más de dos meses previamente, el registro del votante, y el registro del automóvil).

Si necesita cualquier forma adicional contacte por favor su técnico del cuidado de niño. Si necesita ayuda para llenar los documentos (solo vienen en Ingles) puede llamar (970) 498-6300, opción 4.

***** Todas las formas deben ser completados y devueltas, incluso si ellos no apliquen a su caso. Incumplimiento de completar y devolver todas las formas DENTRO DE 30 DIAS resultará en el cierre del caso y el fin de la asistencia de CCCAP. *****

***** UTILIZA POR FAVOR TINTA AZUL O NEGRA PARA COMPLETAR TODAS LAS FORMAS *****

Pagina en blanco intencionalmente

**COLORADO DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
PROGRAMA DE ASISTENCIA CON CUIDADO INFANTIL**

FORMULARIO PARA RE-DETERMINAR SI REÚNE LOS REQUISITOS

Ha recibido este formulario para que el Departamento de Servicios Sociales y Humanos pueda determinar de nuevo si reúne los requisitos para recibir asistencia para el cuidado infantil. Tenga presente que, si no completa el formulario y presenta los documentos necesarios, resulta en la eliminación de sus beneficios para el cuidado infantil.

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud de re-determinación.

Complete y devuelva este formulario tan pronto como lo reciba. Si no recibimos este formulario con todos los comprobantes antes del _____ se terminarán sus servicios de cuidado infantil el _____ [Volumen 3, Sección 3.921].

Sección 1:

Fecha*: _____

*Nombre del Adulto cuidador principal: _____ Caso N°.: _____

Dirección de residencia*: _____

Teléfono principal*: _____ Teléfono secundario: _____

Nombre de contacto en emergencias: _____ Teléfono: _____

¿Ha cambiado la dirección de su residencia? __ Sí __ No

De ser así, la dirección de su nueva residencia es: _____

¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su situación de vivienda actual?	<input type="checkbox"/> Reside en un hotel o motel	<input type="checkbox"/> Reside en un campamento	<input type="checkbox"/> Reside en un albergue	<input type="checkbox"/> Reside en vivienda no habitable como un automóvil, parque, etc.
	<input type="checkbox"/> Tiene una situación temporal de residencia (explique) _____		Fecha en que empezó la situación de vivienda: ____/____/____ Fecha en que anticipa que terminará: ____/____/____	

Sección 2:

EMPLEO* (incluya los últimos treinta (30) días de recibos de sueldo como comprobante)

Nombre del Adulto cuidador principal*: _____

1. ¿Trabaja en la actualidad?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No De no ser así, ¿cuándo dejó de trabajar (fecha)? _____

2. ¿Tiene un segundo empleo*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No

3. ¿Tiene un nuevo empleo*? (Adjunte carta de verificación de empleo de su empleador)

___ Sí De ser así, complete lo siguiente: Fecha de inicio _____

___ No Nombre del empleador _____ Teléfono _____

*¿El nuevo empleo es además del antiguo? ___ Sí ___ No

4. ¿Hay dos cuidadores adultos en su hogar*? (Si es madre o padre adolescente, no incluya a sus padres)
___ Sí ___ No **De ser así, conteste las preguntas 5 a 7**

Nombre del segundo Adulto cuidador*: _____

5. ¿Esa persona trabaja*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No De no ser así, ¿cuándo dejó de trabajar (fecha)? _____

6. ¿Esa persona tiene un segundo empleo*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No

7. ¿Esa persona tiene un nuevo empleo*? (Adjunte carta de verificación de empleo de su empleador)

___ Sí De ser así, complete lo siguiente: Fecha de inicio _____

___ No Nombre del empleador _____ Teléfono _____

*¿El nuevo empleo es además del antiguo? ___ Sí ___ No

Sección 3:

EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN*

Nombre del Adulto cuidador principal*: _____

8. ¿Está en capacitación*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

9. ¿Está en capacitación*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Sección 4:

BÚSQUEDA DE EMPLEO/DISCAPACIDAD*

*Nombre del Adulto cuidador principal: _____

10. ¿Busca empleo? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Es discapacitado? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Está en licencia de maternidad*? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

11. ¿Esta persona busca empleo? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Esta persona es discapacitada? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Esta persona está en licencia de maternidad? ___ Sí ___ No

De ser así, ¿fecha de inicio? _____ De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Dependientes/niños recién agregados* (si corresponde)

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Fecha en que llegó al hogar*	Apellido, Primer nombre*	Número de Seguro Social (opcional)	Hispano o latino (S/N)	Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación)	¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N)	¿Niño discapacitado*? (S/N)	Fecha de nacimiento*	Información sobre vacunas* (Códigos a continuación)

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? Sí No

Si este niño no recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? Sí No

Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Códigos de razas (use todos los que correspondan): A-Asiático, B-Negro/Afroamericano, H- Hispano I: Indígena estadounidense/Nativo de Alaska P-Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico, W-Blanco

Códigos para registro de vacunas IM: Niño vacunado ME: Exención médica RE: Exención religiosa OT: Otro (explique)

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente **NO** son ciudadanos estadounidenses*? Sí No

De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre del niño*	Fecha de nacimiento*	Información de registro de extranjeros
		A
		A

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente forman parte de una Custodia compartida o Acuerdo de custodia de acogida?

Sí No De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre del niño*	¿Custodia compartida o Custodia de acogida?	Fecha en que pasó al acuerdo de custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida	

¿Alguna persona se ha ido del hogar*? **Sí** **No** De ser así, suministre lo siguiente:

Nombre*	Fecha en que se fue*	Motivo por el cual se fue*

Sección 6:

Información sobre otros programas de beneficios

¿Usted o alguien más en su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas o participa en alguno de ellos?		De no ser así, ¿le gustaría recibir más información?
Colorado Works/asistencia con efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Low-Income Energy Assistance (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Food Assistance (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Child and Adult Care Food Program	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia de CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vale para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Refugee Medical Assistance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte B (3 a 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte C (0 a 3 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (explique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 7:

HORARIOS LABORAL, DE EDUCACIÓN O CAPACITACIÓN*

Ingrese su horario laboral o de educación o capacitación. Si hay dos adultos cuidadores en su hogar, ingrese los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, ingrese el horario laboral de todos sus empleos.

Ejemplo: Horario: Horas:	Lunes (am/pm) 8:00 a 5:00 9	Mar. (am/pm) 8:00 a 3:00 7	Miér. (am/pm) 8:00 a 5:00 9	Jue. (am/pm) 8:00 a 3:00 7	Vier. (am/pm) 8:00 a 5:00 9	Sáb. 0 0	Dom. 0 0
MI HORARIO+	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Trabajo*							
Horas*							
Educación/capacitación*							
Horas*							
2º ADULTO CUIDADOR*	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Trabajo*							
Horas*							
Educación/capacitación*							
Horas*							

Si su horario varía, explique: _____

Sección 8:

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:						Fecha de vigencia inicial*:	Fecha de vigencia final*:
Nombre y N°. de licencia del proveedor*:							
Dirección del proveedor*:							
Ejemplo: Horario: Horario de atención al público:	<i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Sáb.</i> 0 0	<i>Dom.</i> 0 0
Día	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Horario*							
Horas*							

¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? Sí No

De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción?
 Inicio: ___ / ___ / _____ Final: ___ / ___ / _____

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño*:						Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:
Nombre y N°. de licencia del proveedor*:							
Dirección del proveedor*:							
Ejemplo: Horario: Horario de atención al público:	<i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7	<i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9	<i>Sáb.</i> 0 0	<i>Dom.</i> 0 0
Día	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Horario*							
Horas*							

¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? Sí No

De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción?
 Inicio: ___ / ___ / _____ Final: ___ / ___ / _____

COPIE ESTA PÁGINA PARA HORARIOS ADICIONALES DE NIÑOS, SI LA NECESITA

Página _____ de _____

Sección 9:

PREGUNTAS SOBRE INGRESOS*: Enumere TODOS los ingresos. Si no hay ingresos, ingrese un cero.

Ingrese el total de los ingresos mensuales de la familia*

Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del 2do adulto cuidador	Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del 2do adulto cuidador
Salario (antes de impuestos)*	\$	\$	Beneficios del Seguro Social como sobreviviente, pagos de seguro por discapacidad permanente*	\$	\$
Ingresos por empleo autónomo*	\$	\$	Bonos de arriendo/regalías*	\$	\$
Propinas o _____% en comisiones	\$	\$	Asignaciones militares*	\$	\$
Manutención de menores*	\$	\$	Prestaciones por paro*	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	Dividendos, intereses, ingresos de sucesiones o fideicomisos, ingresos netos de arriendos, regalías*	\$	\$
Recursos líquidos (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes, etc.)	\$	\$	Pagos de jubilación y pensiones* (pensiones de veteranos, Seguro Social)	\$	\$
Recursos no líquidos (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	\$	\$	Seguro de desempleo*	\$	\$
Indemnización por accidentes laborales*	\$	\$	Otros ingresos*	\$	\$
			TOTAL DE INGRESOS*	\$	\$
			TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES*	\$	\$

OTROS INGRESOS* (si corresponde) ¿Usted o alguien más en su hogar reciben alguno de los siguientes tipos de ingresos? De ser así, complete el cuadro a continuación.

1. Vale para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Asistencia con vales para alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, me gustaría presentar una solicitud	3. Asistencia en efectivo o de atención médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Colorado Works/asistencia con efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Low-Income Energy Assistance (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Ingresos de AmeriCorp	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la persona que recibe los ingresos*	Tipo de ingresos (use el número que aparece anteriormente) *			¿Con qué frecuencia los recibe*? (Mensualmente, semanalmente, etc.)	

Otros cambios o comentarios que desee hacer:

Autorización para suministrar información

Por medio del presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____, en la administración del programa de servicios sociales, para que suministre información a cualquiera de las entidades que se enumeran a continuación. Libero al departamento del condado de toda responsabilidad por suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo
- toda autoridad de vivienda
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Autorizo a las personas, agencias o instituciones que aparecen a continuación para que suministren información al Departamento de Servicios Sociales del Condado en relación con mi solicitud para servicios sociales o el hecho de recibirlos. También autorizo la inspección y reproducción de los registros en su posesión relacionados conmigo por cualquier representante autorizado del departamento del condado. Libero a la persona, agencia o institución de toda responsabilidad por el hecho de suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda documentación suministrada por empleo autónomo,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo,
- toda autoridad de vivienda,
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge u otro adulto cuidador: _____ Fecha: _____

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

CUESTIONARIO DEL INDIVIDUO NO RELACIONADO

Nombre del Participante: _____ HH# _____ Técnico # _____

El Programa de la Asistencia del Cuidado del Niño de Colorado (CCCAP) debe determinar si un adulto no relacionado que vive en su hogar actúa como un padre a su niño(os) y le proporciona apoyo financiero a usted y a su niño(os). Conteste por favor las preguntas siguientes.

I. ¿Hay CUALQUIERA VIVIENDO EN SU CASA QUE no ES RELACIONADA A USTED ni A SUS NIÑOS?

SI, Nombre del Individuo: _____ *Por favor conteste todas las preguntas en secciones II, III y IV.*

NO, *Por favor sáltese adelante a la sección IV.*

II. Asistencia Financiera : Hace al individuo no relacionado que vive en su hogar proporciona cualquiera del siguiente a usted o a su niño(os): **SI** **NO**

Algunos ejemplos de ayuda financiera:
Rutinariamente pague cuentas médicas para cualquier miembro de su familia.
Proporciona aseguranza de enfermedad para cualquier miembro de su familia
Le permite utilizar su débito o las tarjetas de crédito.
Mantiene una cuenta bancaria conjunta con usted o su niño(os).
Posee o compra un automóvil colectivamente con usted o su niño(os).
Posee/compra bienes raíces, inclusive su hogar, con usted o su niño(os).
Paga 100% del refugio y la utilidad cuesta para usted y su niño(os).

III. Cuidar de los niños: Hace al individuo no relacionado que vive en su hogar proporciona la toma de decisiones diarias y la guía para su niño(os): **SI** **NO**

Algunos ejemplos del cuidar de los niños:
Rutinariamente compre la ropa para su niño(os).
Paga los honorarios para actividades fuera del programa de estudios o colegio privado.
Decide a su niño(s) el futuro acerca de educar o la religión
Rutinariamente disciplina a su niño(os).
Rutinariamente ayuda con la tarea o los proyectos de escuela.
Rutinariamente asista a la escuela de su nov o actividades fuera del programa de estudios.
Es reconocido por la escuela, el proveedor de cuidado de niño o la oficina de medico para tener la capaz de firmar para servicios en su lugar.
Rutinariamente hace decisiones acerca de actividades diariamente de vivir tal como la hora de acostarse, la ropa, yendo a amigos, etc.

IV. Atestiguo que el encima de información es verdad y correcto.

Firma de solicitante/participante

Fecha



Pagina en blanco intencionalmente

CLIENT RESPONSIBILITIES AGREEMENT

- I agree to notify my child care worker in writing within ten (10) days if my total household income exceeds 85% of the State Median Income and report within four (4) weeks if my qualifying eligible activity changes. I understand that I must also verify these changes and that I will have to repay any benefits I received for which I was not eligible.

Circle household size and State Median Income (SMI) amount

Household Size	2	3	4	5	6	7	8	9
85% SMI	\$4,235.20	\$5,231.72	\$6,228.23	\$7,224.75	\$8,221.27	\$8,408.12	\$8,594.96	\$8,781.81

- I agree that I must complete the redetermination process when it is due, including all required verification.
- I agree that I must verify my eligible activity when there is a change in my eligible activity and at re-determination. (A schedule will be required if you are self-employed or when non-traditional care such as overnight, weekend, or evening care, is needed)
- I agree to notify my child care worker prior to changing child care providers otherwise the county may not pay for my child care.
- I agree to be responsible for resolving any problems I might have with my child care provider.
- I agree to notify the county department of social/human services if I have any concerns about possible abuse or neglect of a child while in child care.
- I understand that if any parent in my household is self-employed I/we must maintain an average income that exceeds business expenses and I agree to track and verify income, expenses, work schedule and need for care to assist in my eligibility determination.
- I understand that if child care is provided for my employment or self-employment activity then the taxable gross wages divided by the number of hours I work must equal at least the current federal minimum wage in order to continue receiving child care.
- I agree that if my county requires child support enforcement I will cooperate with the child support enforcement office for any child that is receiving care and has an absent parent.
- I agree that I will not leave my CCAP card in the possession of my child care provider at any time or I may be disqualified from the Colorado Child Care Assistance Program.
- I agree to use my CCAP card to check my child(ren) in and out of care daily or my child care assistance case may close and I shall be responsible for payment of the child care costs.
- I understand that if my CCAP card has been lost, stolen, or damaged, I must notify my child care worker within two (2) business days.
- I understand that if new CCAP cards are issued to me, I must report non-receipt of the cards within five (5) business days.
- I understand that a person found to have intentionally given false information by deed or omission cannot get child care assistance for twelve (12) months for the first offense, twenty-four (24) months for the second offense, and permanently for the third offense. This crime is subject to prosecution under federal and state laws.
- PARENT FEE:**
 - I agree to pay the parent fee listed on my child care authorization notice and that it is due to the provider in the month that care is received.
 - I understand that my parent fee is based on my income, household size and number of children in care and is subject to change upon receiving prior notice from the county.
 - I understand that if I do not pay this fee or make acceptable payment arrangements with my childcare provider, I will lose my child care benefits and will not be able to receive assistance with another child care provider and/or through any other county.

Applicant 1 Signature	Date	Applicant 2 Signature	Date

RIGHT OF APPEAL AND FAIR HEARING

If you disagree with any action taken in regards to child care benefits, you have a right to appeal.

- ◆ If your child care benefits are denied, you must call your child care assistance worker within fifteen (15) days of the date of that denial to say that you want to appeal.
- ◆ If your child care benefits are changed, you must call your child care assistance worker within fifteen (15) days of the date of the notice of the change to say that you want to appeal.
- ◆ If your child care benefits are terminated, you must call your child care assistance worker before the effective date of the termination to say that you want to appeal.

A hearing will be scheduled by the county department. At the hearing, you will be given an opportunity to present your case. If you appeal the decision or change, the person who officiates at the hearing shall not be the originator of the change or decision.

Before you decide to request a county hearing, we encourage you to talk with your county department child care worker first, and then the worker's supervisor. Often your questions and concerns can be settled by talking to the county staff responsible for making the change in your child care subsidy.

If after you completed a county hearing you still disagree with the decision, you may appeal the decision to the State by following these steps:

1. Write a letter to:

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

2. You must appeal the county decision within 15 days of the mail date on the Notice of County Hearing Decision.
3. In the letter you need to state that you want to appeal the county hearing decision and why you want to appeal the decision. If you need help doing this you can ask anyone to help you, or talk to a legal aid office, or ask your County Social/Human Services representative to help you.
4. The Office of Administrative Courts will schedule a date for the appeal hearing if it is determined the request was filed timely. You will receive a letter from the Office of Administrative Courts explaining the next steps, who may come with you, who may present testimony and other information about the hearing.

You should be aware that the state and county are required to attempt to collect all benefits provided for which you were not eligible.

Discrimination

If you believe that you have been discriminated against because of race, color, sex, age, religion, political beliefs, national origin, or handicap, you have a right to file a complaint with:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
1961 Stout Street – Room 1426
Denver, Colorado 80294
(303) 844-2024 or (303) 844-3439 (TDD)

Keep this page for your reference

Voter Registration Choice Form / Formulario de Elegir Registración de Votante

Instrucciones

Por favor, lea la siguiente información y complete y firme el formulario abajo. Esta agencia mantendrá el formulario por su registro.

Aviso Importante

Usted puede presentar una queja con el Secretario de Estado de Colorado si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a :

- registrarse o declinar la registración para votar,
- privacidad en la decisión de registrarse o en aplicar para registrarse para votar, o
- elegir su propio partido político y otras preferencias políticas.

Enviar quejas a:

Colorado Secretary of State
1700 Broadway
Denver, CO 80290
Phone: (303) 894-2200

Usted puede aplicar para registrarse para votar o actualizar su registro hoy

- Si usted no está registrado para votar en el lugar donde reside ahora, usted puede registrarse para votar aquí hoy.
- Si usted quisiera ayuda para llenar el formulario de registración de votante, le ayudaremos. Usted decide si desea o no buscar o aceptar ayuda. Usted puede llenar el formulario de registración en privado.

¿Afecta los servicios que estoy solicitando el hecho de que llene o no llene el formulario de registración?

No. Aplicar para registrarse o declinar la registración para votar no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le proporcionará.

¿Qué tan privado es este proceso?

El nombre y lugar de la agencia u oficina pública donde recibió la aplicación de registración de votante no aparecerá en sus expedientes. Si decide no usar esta aplicación para registrarse para votar, esto también es confidencial.

Completar y firmar abajo

Si usted no está registrado para votar en el lugar donde reside ahora, ¿desea aplicar para registrarse para votar aquí hoy?

Por favor, sólo marque una de las casillas a continuación y firme abajo. Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por el momento.

Sí, deseo aplicar para registrarme para votar hoy. (Por favor llene el Formulario de Registración de Votante)

Usted es elegible para votar si:

- Tendrá 18 años de edad o más el momento de las próximas elecciones.
- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Es un residente de Colorado y ha residido en su distrito actual por lo menos 30 días antes de las elecciones.
- No está cumpliendo una condena (inclusive libertad condicional) debido a una condena por delito.

No, no deseo aplicar para registrarme para votar hoy.

Su nombre completo (letra de imprenta)

Firma

For office use only / Para uso de la oficina solamente

Date: _____

The applicant completed a voter registration form

Yes No

The applicant requested and was given a voter registration form for later delivery

Yes No

Employee Initials: _____

Pagina en blanco intencionalmente

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con cualquier acción que se tome con respecto a los beneficios de cuidado infantil, tiene el derecho a apelar.

- ◆ Si se le **deniegan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la denegación para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **cambian** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **terminan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil antes de la fecha de vigencia de la terminación para indicarle que desea apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. Durante la audiencia, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona encargada de la audiencia no podrá ser la persona que originó el cambio o la decisión.

Antes de decidir si solicita una audiencia con el condado, le recomendamos conversar primero con su asistente social del departamento del condado encargado del cuidado infantil, y luego con el supervisor de esa persona. A menudo se pueden resolver sus preguntas e inquietudes si conversa con el personal del condado responsable del cambio en el subsidio de su cuidado infantil.

Si después de completar una audiencia con el condado, sigue en desacuerdo con la decisión, puede apelar la decisión ante el Estado siguiendo estos pasos:

1. Escriba una carta a: **Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street
4th Floor
Denver, CO 80203**
2. Debe apelar la decisión del condado en un lapso de 15 días de la fecha de envío de la Notificación de la decisión de la audiencia del condado.
3. En la carta debe indicar que desea apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué desea apelar la decisión. Si necesita ayuda con esto, puede solicitarle a cualquiera que le ayude, o puede conversar con una oficina de asistencia legal, o solicitarle a su representante del departamento de servicios sociales/humanos del condado que le ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó de manera oportuna. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos explicándole los siguientes pasos, quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonio y otra información sobre la audiencia.

Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar recolectar todos los beneficios suministrados para los que no tenía derecho.

La discriminación

Si cree que han discriminado en contra suya debido a raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja ante:

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)

Conserve esta página como referencia.