

Fecha solicitud recibida:	Pre-selección: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinado por: Proveedor <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
---------------------------	---	-----------------

Solicitud para el programa Colorado Child Care Assistance. (CCCAP)

- **Completar esta solicitud no garantiza que vaya a recibir asistencia con el cuidado infantil.**
- Debe cumplir todos los requisitos para tener derecho y recibir asistencia.
- Suministre toda la información solicitada
- Si falta información, se demorará su solicitud.
- **Padres adolescentes:** No incluyan información sobre sus padres, aunque residan con ellos.

Sección 1: Información sobre el grupo familiar

Fecha de hoy: ____/____/____	Si no es el padre o madre de los niños para quienes presenta la solicitud, ¿es el Adulto cuidador principal*? ¿Hay otros Adultos cuidadores en el grupo familiar*?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido del Adulto cuidador principal:	*Nombre del Adulto cuidador principal:	Inicial segundo nombre:

¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su situación de vivienda actual? Complete si corresponde.	<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 inhabitable como un automóvil, parque etc.
	<input type="checkbox"/> Situación de vivienda (explique)		Fecha en que empezó la situación de vivienda: ____/____/____	Fecha en que anticipa que terminará: ____/____/____

Dirección de residencia*:	Dirección de correo postal*: <input type="checkbox"/> Igual a la de residencia?
---------------------------	---

Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
----------	----------	-----------------	----------	----------	-----------------

Condado*:	Idioma principal hablado en el hogar*:
-----------	--

Información de contacto: <i>*Complete al menos una opción</i>	Teléfono principal*: () Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono secundario*: () Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	Dirección de correo electrónico:
--	--	---	----------------------------------

¿Usted o alguien más en su grupo familiar 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

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 2: Información sobre el cuidador principal

*Apellido:		*Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ (Opcional)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	

Nivel educativo más alto que completó*:	<input type="checkbox"/> Menos que secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Título universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años
	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> PhD/Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil*:	<input type="checkbox"/> Casado, Vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (por voluntad propia)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (no por voluntad propia)	
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD*: Marque todas las que correspondan a este individuo

<input type="checkbox"/> Con empleo	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo	<input type="checkbox"/> Busca empleo	<input type="checkbox"/> Educación superior
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> GED o equivalente de secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reservas Militares	<input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo)

Sección 3: Adulto cuidador adicional/Cónyuge

**Un adulto cuidador adicional en el hogar es alguien que suministra asistencia financiera y ayuda a cuidar de su hijo

*Apellido:		*Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ (Opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca	

Nivel educativo más alto que completó*:	<input type="checkbox"/> Menos que secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Título universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años
	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> PhD/Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil*:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (por voluntad propia)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (no por voluntad propia)	
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD*: Marque todas las que correspondan a este individuo

<input type="checkbox"/> Con empleo	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo	<input type="checkbox"/> Busca empleo	<input type="checkbox"/> Educación superior
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reservas Militares	<input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo)

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 4: Información sobre los niños **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar****

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
---	---	--	--

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica	
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____	¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar****

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
---	---	--	--

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica	
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____	¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/_____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/_____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

COPIE ESTA PÁGINA PARA NIÑOS ADICIONALES, SI LA NECESITA

Página _____ de _____

Sección 5: Ingresos por empleo/empleo autónomo del cuidador principal							
¿Tiene ingresos como empleado o empleado autónomo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
De ser así, complete lo siguiente: Enumere todos los empleos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)							
Nombre del cuidador	Empleador o nombre de negocio y número de teléfono	Fecha de inicio empleo o empleo autónomo	Empleado autónomo	¿LLC o S-Corp?	Horas por semana	Frecuencia de pago	Ingresos totales por período de pago (incluya propinas y comisiones)
			<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 del cuidador adicional del empleo/empleo autónomo							
¿Tiene ingresos como empleado o empleado autónomo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
De ser así, complete lo siguiente: Enumere todos los empleos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)							
Nombre del cuidador	Empleador o nombre de negocio y número de teléfono	Fecha de inicio empleo o empleo autónomo	Empleado autónomo	¿LLC o S-Corp?	Horas por semana	Frecuencia de pago	Ingresos totales por período de pago (incluya propinas y comisiones)
			<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: Manutención de niños ordenada por la corte que se ha pagado			
¿Paga manutención de niños para algún niño?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICAR ORDEN DE LA CORTE Y PAGOS.)			
Nombre de la persona que hace los pagos	Niños a	Total pagado	Frecuencia de pago
		\$	
		\$	

Sección 8: Manutención de niños ordenada o recibida					
¿Se ha ordenado manutención de niños o se ha recibido?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombres de los niños:	¿La manutención es por orden?	¿Se ha recibido la manutención?	Total pagado en manutención de niños	Frecuencia de pago	Nombre del padre o madre sin 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			

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 9: Otros ingresos*			
Complete la información en la Sección 9 para <u>cada persona</u> en su grupo familiar.			
Nombre de la persona:	Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:	No. en sumarios o del tribunal (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de abajo):	Total bruto	¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?
Otros tipos de ingresos:			
Asistencia en efectivo para refugiados Seguro Social (Sobreviviente, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rentas anuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jubilación o Pensión (No SS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dinero de seguro o conciliación de demanda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bono de arriendo/regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Intereses en ahorros, CD, IRA, 401K	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asignación militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de jubilación del ferrocarril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prestaciones por paro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prestaciones para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de AmeriCorps	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia con efectivo TANF/Colorado Works	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indemnización por accidentes laborales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (describa debajo del individuo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capital:			
Activo disponible (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, insertar cantidad: \$ _____	Activo no disponible (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____
Nombre de la persona:	Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:	N°. en sumarios/Tribunal (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de abajo):	Total bruto	¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?
Otros tipos de ingresos:			
Asistencia en efectivo para refugiados Seguro Social (Sobreviviente, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rentas anuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jubilación o Pensión (No SS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dinero de seguro o conciliación de demanda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bono de arriendo/regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Intereses en ahorros, CD, IRA, 401K	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asignación militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de jubilación del ferrocarril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prestaciones por paro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prestaciones para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de AmeriCorps	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia con efectivo TANF/Colorado Works	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indemnización por accidentes laborales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (describa debajo del individuo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capital:			
Activo disponible (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____	Activo no disponible (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____

COPIE ESTA PÁGINA PARA INTEGRANTES ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR, SI LA NECESITA
Página _____ de _____

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 10: Capacitación/Educación del adulto cuidador/Detalles de educación adolescente			
¿Usted o algún otro integrante de su grupo familiar participan en actividades de capacitación/educación?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICARLO)			
Nombre*:		Fecha vigente de inicio*:	Fecha vigente final*:
Cantidad de créditos*:	Institución de capacitación*:	Tipo de capacitación*: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación superior <input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria/Escuela media <input type="checkbox"/> Capacitación en empleo <input type="checkbox"/> Programa de certificación	Fecha en que anticipa terminar*:
Nombre*:		Fecha vigente de inicio*:	Fecha vigente final*:
Cantidad de créditos*:	Institución de capacitación*:	Tipo de capacitación*: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación superior <input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria/Escuela media <input type="checkbox"/> Capacitación en empleo <input type="checkbox"/> Programa de certificación	Fecha en que anticipa terminar*:

Sección 11: Detalles de discapacidad del adulto cuidador			
¿Usted o algún otro Adulto cuidador están discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICARLO)			
Nombre*:		Fecha de inicio de discapacidad*:	Fecha que terminó la discapacidad*:
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿La persona puede cuidar de los niños?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:	
Nombre*:		Fecha de inicio de discapacidad*:	Fecha que terminó la discapacidad*:
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿La persona puede cuidar de los niños?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:	

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 12: Horario de empleo/capacitación/estudios/búsqueda de empleo de los adultos cuidadores* Ingrese su horario esperado. Si hay dos adultos cuidadores, ingrese los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, ingrese el horario laboral de ambos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)							
Ejemplo	Lunes 8:00a a 5:00p	Mar. 8:00a a 5:00p	Miér. 8:00a a 5:00p	Jue. 8:00a a 3:00p	Vier. 8:00a a 5:00p	Sáb. 8:00a a 12:00p	Dom. 8:00a a 5:00p
MI HORARIO							
Laboral/búsqueda de empleo							
Capacitación/estudios							
IDO ADULTO CUIDADOR	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Laboral/búsqueda de empleo							
Capacitación/estudios							

Sección 13: Horario de los niños que necesitan cuidado* (No lo complete para los que no necesitan cuidado.)										
Nombre del niño	Niño en la escuela	Grado y escuela a la que asiste	Horario del niño: Indique el horario en que piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa							
			Licencia del proveedor, Nombre, Dirección y teléfono (Si los conoce)	Lunes 8:00a a 5:00p	Mar. 8:00a a 5:00p	Miér. 8:00a a 5:00p	Jue. 8:00a a 5:00p	Vier. 8:00a a 5:00p	Sáb. 8:00a a 5:00p	Dom. 8:00a a 5:00p
	<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									

Autorización para suministrar información

Autorización para suministrar información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Humanos/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 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 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 incluso 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 o Humanos 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 incluso Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

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

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Acepto notificar al asistente social encargado de cuidado infantil en forma escrita en un lapso de diez (10) días si el total de los ingresos de mi hogar supera el 85% de la media de ingresos estatales (encontrado en www.coloradoofficeofearlychildhood.com) y debo informarle en un lapso de cuatro (4) semanas si llegan a cambiar las actividades que me permiten participar. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que pagar los beneficios que haya recibido si no tenía derecho a recibirlos.
2. Acepto que debo completar el proceso de nueva determinación cuando sea necesario, y todas las verificaciones necesarias.
3. Acepto que debo comprobar mis actividades que reúnen los requisitos cuando haya cambios en esta y en el momento de la nueva determinación. (Es necesario un horario si es empleado autónomo o cuando necesita cuidado infantil no tradicional, como de un día para otro, los fines de semana, o temprano por la noche.
4. Acepto notificar por escrito al asistente social encargado de cuidado infantil antes de cambiar proveedores de cuidado infantil, de lo contrario el condado puede no pagarlo.
5. Acepto ser responsable de la resolución de los problemas que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
6. Acepto notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre el posible abuso o abandono de un niño mientras esté en cuidado infantil.
7. Comprendo que, si alguno de los padres en mi hogar tiene empleo autónomo, yo/nosotros debo/debemos mantener un promedio de ingresos que exceda los gastos de negocios y acepto llevar un registro y verificar los ingresos, gastos, horario laboral y la necesidad de cuidado infantil para ayudar con la determinación de mi derecho a recibir la asistencia.
8. Comprendo que, si se me suministra cuidado infantil para mis actividades de empleo, o empleo autónomo, entonces los salarios brutos imponibles divididos por la cantidad de horas en trabajo deben equivaler por lo menos al salario federal actual mínimo con el fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
9. Acepto que, si mi condado exige que se cumplan las órdenes de manutención infantil, colaboraré con la oficina de cumplimiento de la manutención infantil para todo niño que reciba cuidado infantil y tenga un padre o madre ausente.
10. Acepto no dejar en ningún momento mi tarjeta de CCAP en posesión de mi proveedor de cuidado infantil o puedo quedar sin derecho al Colorado Child Care Assistance Program.
11. Comprendo que, si se descubre que una persona ha dado intencionalmente información falsa por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera ofensa, veinticuatro (24) meses por la segunda ofensa, y de manera permanente por la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.
12. TARIFAS PARA LOS PADRES:
 - a. Acepto pagar las tarifas para los padres que aparecen en la notificación de autorización para cuidado infantil y que se deben pagar al proveedor el primer día de cada mes en que reciba el cuidado.
 - b. Comprendo que las tarifas para los padres que debo pagar están basadas en mis ingresos, el tamaño de mi hogar y la cantidad de niños que reciben cuidado infantil y pueden cambiar cuando reciba notificación por adelantado de parte del condado.
 - c. Comprendo que, si no pago estas tarifas, o no hago los arreglos necesarios para plazos aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé los beneficios de cuidado infantil y no podré recibir asistencia con ningún otro proveedor de cuidado infantil ni por medio de ningún otro condado.

TAMBIÉN DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

Yo/NOSOTROS certifico/amos que a mi/nuestro mejor saber y entender, la información en este formulario es correcta. YO/NOSOTROS comprendemos que no informar los cambios necesarios o presentar información incorrecta puede dar lugar a la recuperación o la suspensión de los beneficios de cuidado de mi hijo. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir asistencia con los costos del cuidado de mis hijos.

Firma del adulto cuidador principal: _____ Fecha: _____

Firma de otro adulto cuidador: _____ Fecha: _____

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta llame al Child Care Assistance Program (CCAP) en el departamento de servicios sociales/humanos de su condado.

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no esta 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 de cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la denegación para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si sus beneficios de cuidado infantil cambian, debe llamar a su asistente social encargado de cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se terminan sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado de 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.