



P: 720-944-KIDS

F: 720-944-3330

1200 FEDERAL BOULEVARD, DENVER, CO 80204

WWW.DENVERCCAP.ORG

Urgente!
Favor de leer la carta
entera

Estimado solicitante de CCAP,

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia de Cuidado de Niños (CCAP). Nos fijamos hacia adelante poder trabajar con usted. Al revisar el paquete de solicitud adjunto, tome un momento para considerar la siguiente información:

- Debe reunirse con el departamento de Manutención al menor.
- Debe solicitar en su condado de residencia.
- Debe estar involucrado en una actividad elegible (empleo, búsqueda de empleo, o asistir a la escuela).

Hemos incluido su paquete de solicitud. Por favor complete cuidadosamente el paquete entero y adjuntar la documentación requerida antes de enviar su paquete de solicitud. Si su solicitud falta información o las verificaciones requeridas, demorara más tiempo en procesar su solicitud y/o posiblemente estará negada. Si usted necesita ayuda en llenar la solicitud, por favor llame a la línea KIDS dejando su nombre e información de contacto. Un representante de CCAP se pondrá en contacto con usted.

Usted Puede:

- Escanear y enviar su solicitud y los documentos por correo electrónico de denverccap@denvergov.org.
- Colocar los documentos en uno de los 3 buzones de CCAP ubicados en:
 - La oficina principal de Servicios Humanos de Denver en 1200 Federal Blvd: Los buzones están ubicados en el primer piso cerca del escritorio de seguridad, en el cuarto de Auto Servicio #1026 y también en el segundo piso a un lado del ascensor. Póngalos a la atención: CCAP.
 - La oficina de Servicios Humanos en Montbello ubicado en 4685 Peoria Street, Denver, CO 80239 en el buzón ubicado en la sala de espera. Póngalos a la atención: CCAP.
 - La oficina de Servicios Humanos del Este ubicado en 3815 Steele St., Denver, CO 80205 en el buzón ubicado en el cuarto de Auto Servicio. Póngalos a la atención: CCAP.
- Enviar su solicitud a Servicios Humanos de Denver en 1200 Federal Blvd, Denver, Colorado 80204 Atención: CCAP
- Enviar fax a 720-944-3330. Póngalos a la atención: CCAP

Atentamente,

CCAP del Condado de Denver

9/30/13

LISTA DE VERIFICACION PARA NUEVOS SOLICITANTES DE CCAP

Completar los formularios adjuntos:

- SOLICITUD de CCAP
- Contrato de Responsabilidades del Cliente "Client Responsibility Agreement"
- Formulario del horario del niño y padres
- Registro de votantes (Opcional)

COPIAS DE LO SIGUIENTE:

- Acta de nacimiento para cada niño en su hogar e identificación con foto para cada padre/madre. Estos tienen que ser verificados por un empleado del DHS en el centro de auto servicio en el primer piso, cuarto 1026, en la 1200 Federal Blvd.
- Comprobante del domicilio: Factura del último mes de servicios públicos, la renta o una declaración de hipoteca o arrendamiento. Si no tiene facturas en su nombre y vive con otra persona, por favor entregue una carta escrita por esa persona que lo verifica y una factura del último mes de servicios públicos, la renta o una declaración de hipoteca o arrendamiento en nombre de esa persona con quien vive.
- Búsqueda del trabajo: Tendrá que hacer cita con nuestra oficina para completar el contrato de búsqueda del trabajo, después de tener una guardería para su(s) niño(s).
- Comprobante de los estudios: Si está matriculado(a) en una escuela, hay que entregar el horario de la escuela del último mes/semestre. El horario tiene que incluir los días y las horas de sus clases y las fechas del semestre actual.
- Verificación de Ingresos: Favor de entregar 3 meses completos de sus talones de cheques (si faltan estos talones de cheque se retrasará el proceso). Si tiene menos de 3 meses en el mismo trabajo entregue una carta escrita por su patrón como comprobante del empleo. También se necesita comprobante de las horas y días que trabaja (el horario del trabajo).
- Información del nombre del proveedor de cuidado (daycare): Favor de seleccionar una guardería/proveedor del cuidado para su(s) niño(s) y póngalo en la solicitud- incluso el nombre, número de licencia y número telefónico. Este seguro(a) que los ha contactado y que hay un lugar para su(s) niño(os). Si no tiene un lugar o necesita ayuda, podría marcar 211 o ir al sitio www.qualistar.org.

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: *Complete al menos una opción	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 Individuales 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 Individuales 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 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"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <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
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"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra <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
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		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?	
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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		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?	
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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: Sí, vacunado No, en proceso No, exención religiosa No, exención médica

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

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? Sí No

Si su niño no 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? Sí 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: Sí, vacunado No, en proceso No, exención religiosa No, exención médica

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

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? Sí No

Si su niño no 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? Sí 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?* Sí 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?* Sí 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?* Sí 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?* Sí 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			



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: _____

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.

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?*	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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?*	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

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 VERIFICARLO)

Empleado	Lunes 8:00a a 5:00p	Mar. 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						
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							Licencia del proveedor, Nombre, Dirección y teléfono (Si lo 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		
	L/SÍ L/No										
	L/SÍ L/No										
	L/SÍ L/No										
	L/SÍ L/No										

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Estoy de acuerdo con notificar al asistente social encargado de cuidado infantil en un lapso de diez (10) días si el total de los ingresos de mi grupo familiar supera el 85% de la Media de ingresos estatales y debo informarle en un lapso de cuatro (4) semanas si las actividades que me permiten participar llegan a cambiar. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que pagar los beneficios que haya recibido si no tenía derecho a recibirlos.

Marque un círculo alrededor del tamaño de su grupo familiar y del total de la Media de ingresos estatales (SMI)

Tamaño del grupo familiar	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
85% del SMI	\$4,139	\$5,112	\$6,086	\$7,059	\$8,033	\$8,215	\$8,398	\$8,581	+\$4,160 por cada miembro adicional

- Estoy de acuerdo con que debo completar el proceso de re-determinación cuando sea necesario, incluso todas las verificaciones necesarias.
- Estoy de acuerdo con que debo verificar mis actividades que reúnen los requisitos. (Suministrando horarios de estudios/capacitación o laborales en el momento de la re-determinación y cada que mis actividades cambien.)
- Estoy de acuerdo con suministrar registros de búsqueda de empleo como lo exige el Condado.
- Estoy de acuerdo con que si estoy en estudios/capacitación (opción del condado) que mantendré un progreso satisfactorio con el fin de permanecer con derecho a la asistencia para cuidado de niños para esta actividad. Un progreso satisfactorio es un promedio de calificaciones o GPA de por lo menos 2.0 o su equivalente o una posición académica conforme a los requisitos de graduación de la institución.
- Estoy de acuerdo con notificar por escrito al asistente social encargado de cuidado infantil y por lo menos con diez (10) días de antelación ANTES de cambiar proveedores de cuidado infantil, de lo contrario el condado puede no pagarlo.
- Estoy de acuerdo con ser responsable de resolver los problemas que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo con notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre posible abuso o abandono de un niño mientras esté bajo cuidado infantil.
- Comprendo que si alguno de los padres en mi grupo familiar tiene empleo autónomo, yo/nosotros debo/debemos mantener unos ingresos promedio que exceden los gastos de negocios y estoy de acuerdo con llevar un registro y con verificar los ingresos, gastos, horario laboral y la necesidad de cuidado para ayudar con la determinación de mi derecho a recibir la asistencia. También comprendo que debo suministrar documentación del IRS u otra agencia gubernamental con el fin de verificar mi condición como empleado autónomo.
- Comprendo que si se proporciona cuidado infantil para mis actividades de empleo, entonces los salarios brutos impositivos divididos por la cantidad de horas que uso el cuidado infantil para mi empleo deben equivaler por lo menos al salario mínimo federal actual con el fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo con que si mi condado exige que se cumplan las órdenes de manutención infantil, que colaboraré con la oficina de cumplimiento de la manutención infantil para todo niño que tenga un padre o madre ausente sin tener en cuenta si reciben asistencia con cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo con que no dejaré en ningún momento mi tarjeta de CCAP en posesión de mi proveedor de cuidado infantil o puedo quedar descalificado del Colorado Child Care Assistance Program.
- Estoy de acuerdo con usar mi tarjeta de CCAP para registrar la llegada y salida de mis hijos del cuidado infantil a diario o se puede cerrar mi caso de asistencia con cuidado infantil, y quedaré responsable de pagar los costos del cuidado infantil.
- Comprendo que si se descubre que una persona ha dado información falsa intencionalmente por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses para la primera ofensa, veinticuatro (24) meses para la segunda ofensa, y de manera permanente para la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.
- CARGO PARA LOS PADRES:**
 - Estoy de acuerdo con pagar el cargo para los padres que aparece en la notificación de autorización para cuidado infantil y que se debe pagar al proveedor el primer día de cada mes.
 - Comprendo que el cargo para los padres que debo pagar está basado en mis ingresos, el tamaño de mi grupo familiar y la cantidad de niños que reciben cuidado infantil y está sujeto a cambiar cuando reciba notificación por adelantado de parte del condado.
 - Comprendo que si no pago este cargo, o 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.

Firma del solicitante 1	Fecha	Firma del solicitante 2	Fecha

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 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.



Denver Department of Human Services Information Concerning a Good Cause Exemption of Cooperation in Pursuing Child Support

Cooperating with Child Support Services is a requirement for receiving Child Care Assistance.

As a part of the eligibility criteria for the Denver Child Care Assistance Program, recipients must cooperate with Child Support Services (CSS) for establishment, modification, and enforcement services related to any support owed by a non-resident parent to his or her child(ren) unless claiming good cause for noncooperation.

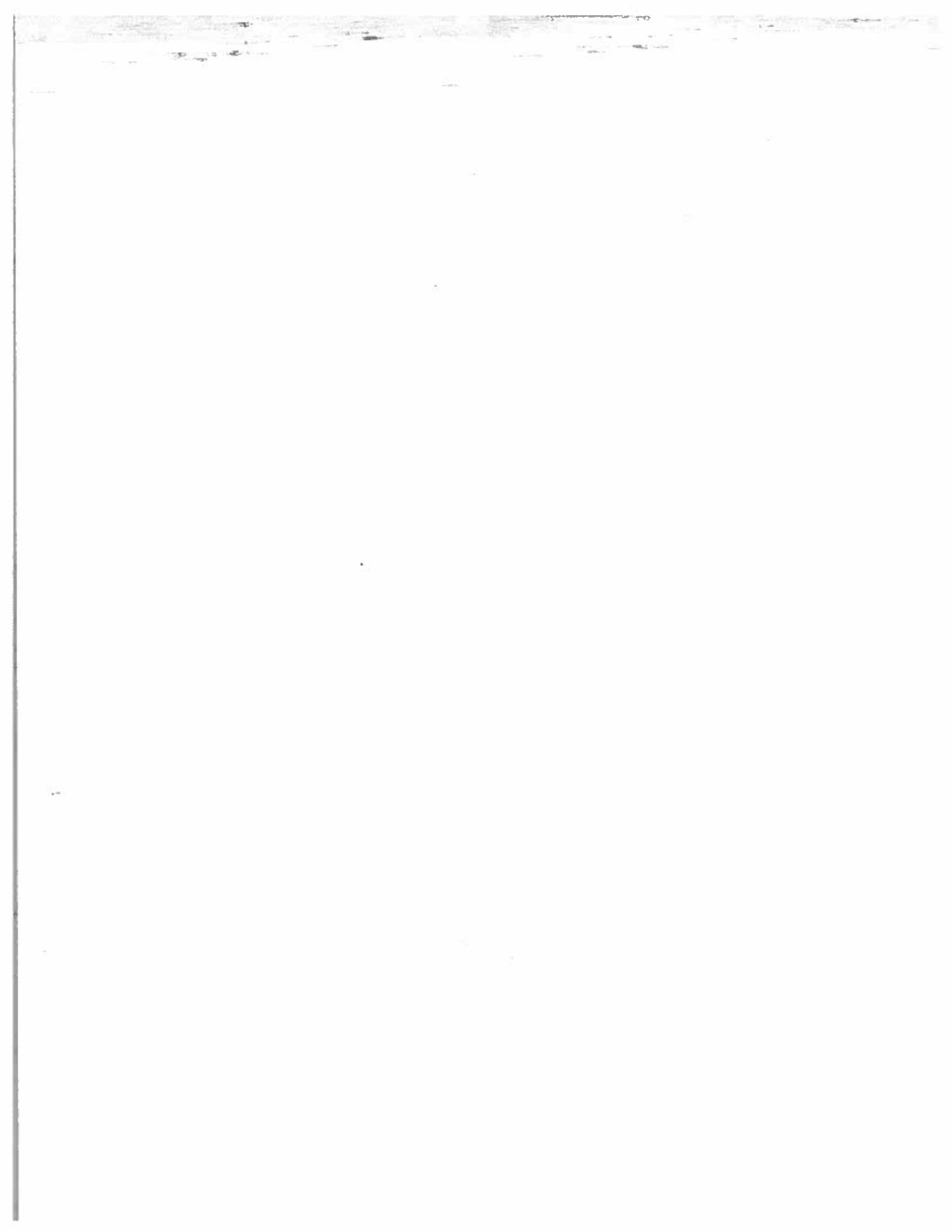
“Good Cause” includes, but is not limited to, the following criteria:

- There is potential for physical or emotional harm to a child or children; or
- There is potential for physical or emotional harm to a parent or caretaker relative; or
- Pregnancy or birth of a child related to incest or rape; or
- The child was legally adopted in a court of law or a parent receiving pre-adoption services.

Documentation to support your request is not required, but can provide clarity and information to aid in the decision about your request. Suggested documents may include:

- Police report
- Medical report
- Restraining order
- Statement from a physician, mental health worker or social case worker

You may request a review of your case for good cause for not cooperating with Child Support Services by contacting the CCAP team. The County will review and make a determination regarding good cause within fifteen (15) calendar days from receipt of the request.





P: 720-944-KIDS

F: 720-944-3330

1200 FEDERAL BOULEVARD, DENVER, CO 80204

WWW.DENVERCCAP.ORG

CCAP Non-School Days Request Form

Please complete this form for any school-aged children in your household who normally receive part time care (before/after school) but will require full-time care on days when they are not in school. Completing this form allows the Denver CCAP team to ensure that your child care provider is paid correctly.

Child Name: _____

School District: _____

Child Name: _____

School District: _____

Child Name: _____

School District: _____

Child Name: _____

School District: _____

Child Name: _____

School District: _____

For any school/district that does not follow the same schedule as Denver Public Schools, please attach a copy of the school's calendar that indicates the days when school is not in session.

By signing below, I indicate that I am requesting full-time care for the children listed above on days when they are not in school, as indicated by the calendar provided. I understand that I am responsible for providing a school calendar showing the days that school is not in session and for notifying Denver CCAP of any changes to the school calendar, so that Denver CCAP can correctly authorize my children for care. If my children attend care full time on days when they are not authorized to do so, I will be responsible for payment to the child care provider.

Client name (printed): _____ Case number: _____

Signature: _____ Date: _____



P: 720-944-KIDS

F: 720-944-3330

1200 FEDERAL BOULEVARD, DENVER, CO 80204

WWW.DENVERCCAP.ORG

Verification of Residency

CCAP requires that clients verify their residency in the county in which they are applying for assistance by supplying a current lease, utility bill, or mortgage statement with their name and address. If you live with someone else and do not receive any of these forms of verification in your own name, please have the person with whom you live complete the below form.

I, _____ (name of person with whom you are staying) verify that
_____ (name of applicant) resides with me at
_____ (address).

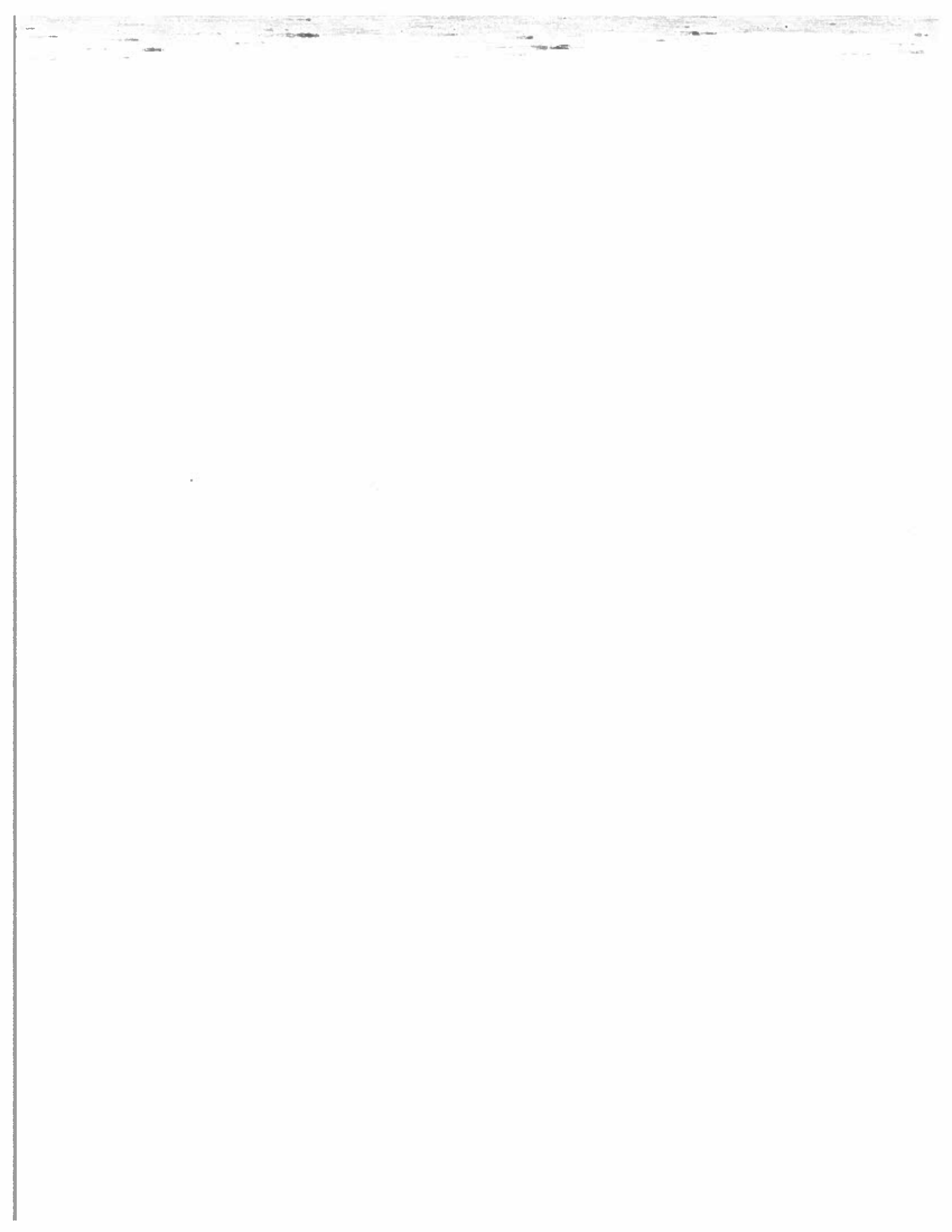
Signature: _____

Phone number: _____

Please attach a current lease, mortgage statement, or utility bill with the name and address of person whose signature is above.

Thank you,

Denver CCAP Team





Job Search Client Responsibility Agreement

I, _____ agree to the following conditions while receiving assistance with my childcare cost for Job Search Activities.

1. I understand that I may receive a maximum of **13 consecutive weeks** of subsidized childcare for the job searching in a 12-month period. The 12-month period of time begins with the first day of the first week of job search activity.
2. I understand that in order to begin job search activities, I must have a **child care provider who has agreed to accept my child**. If my child is on a waiting list at a provider, I understand that I must inform my caseworker of this; otherwise, weeks for which I am authorized for job search but am not able to take my child to care because he or she is on a waiting list will count against my 13 weeks of job search.
3. If I have scheduled care with a childcare provider and my child is absent that day, I understand that the absence counts toward my **13 week maximum** for the year.
4. I agree to notify my caseworker within **(5) five days** of becoming employed and will supply written employment verification within **10 days**. I understand that my job search time will continue to count until CCAP receives written verification of my new employment from my employer, including my start date, rate of pay, first paycheck date, and work schedule.
5. I understand that if I do not submit a written letter of employment before the end of my Job Search period, my case will be set to close and any care I use after that date will be at my own expense.

Client Signature: _____

Date: _____

Caseworker Signature: _____

Date: _____

HH #: _____





P: 720-944-KIDS

F: 720-944-3330

1200 FEDERAL BOULEVARD, DENVER, CO 80204

WWW.DENVERCCAP.ORG

Verification of Employment

The following information is necessary to determine eligibility for Child Care Assistance.

Client Section

Name: _____ Social Security Number: _____ - _____ - _____

CCAP Worker: _____ Date: _____

Employer Section: **TO BE COMPLETED BY EMPLOYER**

The above person has indicated that s/he is employed with your business. Please complete the following information and return to the employee or directly to Denver Human Services via mail, fax, or email (denverccap@denvergov.org).

Name of Business: _____

Business Address: _____

First Day of Employment: _____ First Check Date: _____

Weekly Work Schedule

Sun	Mon	Tues	Wed	Thur	Fri	Sat	Total Hrs per week
Example	8:00a- 5:00pm	8:00am 5:00pm	8:00am 5:00pm	8:00am 5:00pm	Off	Off	32

Please fill in above weekly schedule – If flex schedule, please mark any regular days off (OFF) - Fill in other days as best you can.

Rate of Pay: _____ Monthly Gross Wages: _____

How often paid: _____ Taxes Withheld: Yes/No

Additional Income: (Overtime/Commission/Bonuses/Tips): Yes/No Explain: _____

If so, how often: _____ How much: _____

I confirm that the above information is complete and accurate.

Print Name

Title

Phone number

Signature

Date



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.

Complete y firme 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:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Es un residente del estado de Colorado durante por lo menos 22 días antes de la elección en la que usted se propone votar,
- Tiene por lo menos 16 años de edad, pero usted debe tener 18 años de edad o mayor en la fecha de la elección en la que usted se propone votar.
- 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

Fecha de hoy (MM/DD/AA)

Para uso de la oficina solamente

Date: _____

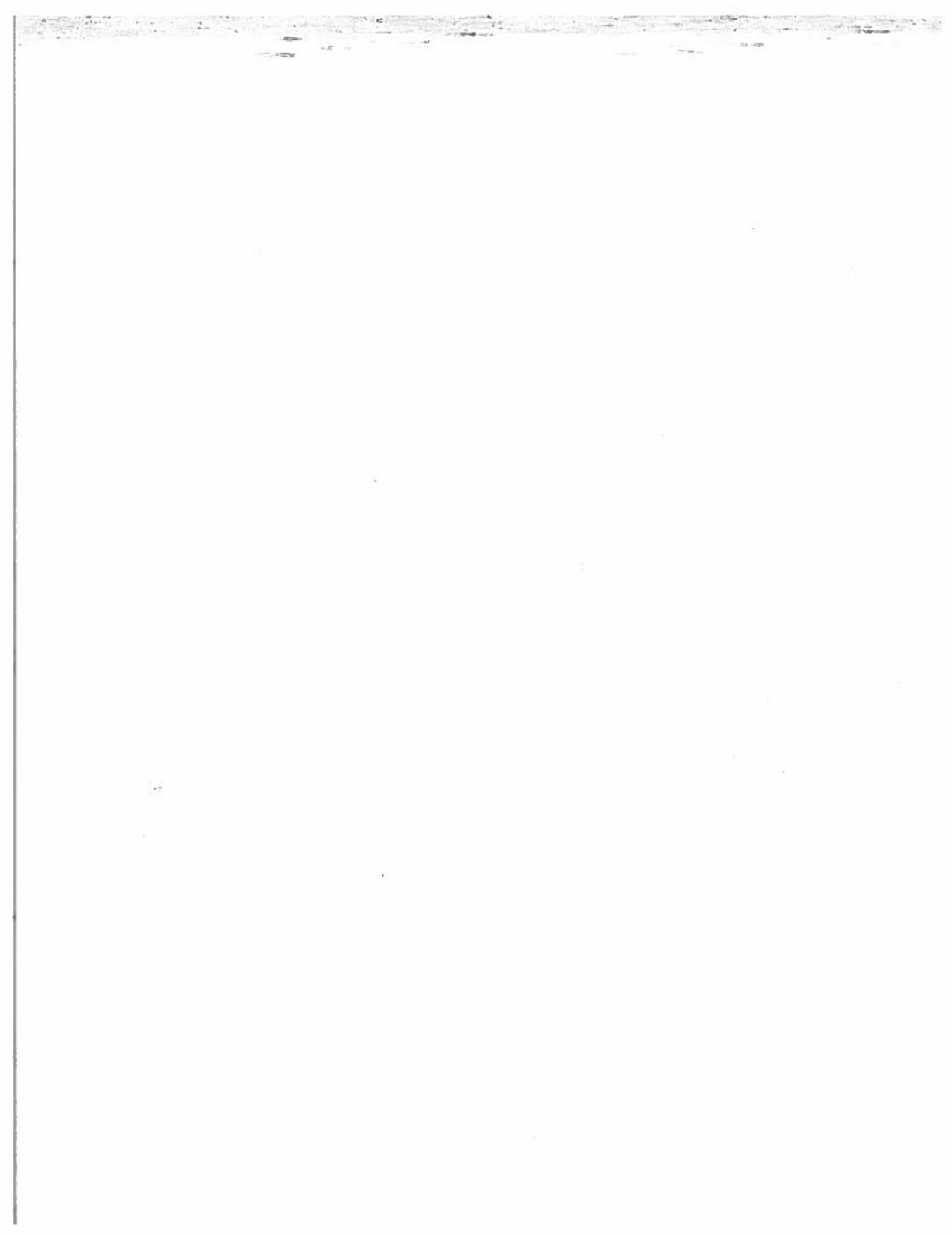
The applicant completed a voter registration form

Yes No

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

Yes No

Employee Initials: _____



Formulario de Registración de Votante de Colorado

Rellene todos los campos marcados con un asterisco (*). Siga las instrucciones para otros campos. Si no proporciona toda la información requerida, no estará registrado para votar.

Solamente para uso de la oficina

Voter ID Number: _____
Date Stamp: _____

Su elegibilidad para votar

Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No Si contesto "No", no llene este formulario.

Ayuda con las elecciones

Quisiera ser un juez electoral Sí No

Su nombre

Apellido* Nombre* Segundo nombre

Si está registrado actualmente para votar bajo un nombre distinto, ¿qué es dicho nombre? _____

Su información de identificación

Su fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA) Su género Mujer Hombre

Usted debe seleccionar uno de los siguientes y proporcionar la información solicitada*

Tengo una licencia de conducir de Colorado válida o Tarjeta de Identificación de Colorado (emitida por el Departamento de Hacienda), y dicho número es _____

No se me ha emitido una Licencia de Conducir de Colorado o Tarjeta de Identificación de Colorado. - -
 Tengo un Número de Seguro Social y los últimos 4 dígitos son _____

No tengo una Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación de Colorado ni un Número de Seguro Social.

Su información de contacto

Su dirección residencial

N° y calle (No se permiten apartados)* Apto. o Unidad Ciudad o Pueblo* Código Postal* Condado de Colorado

¿Cuándo se mudó a esta dirección?* (MM/DD/AAAA)

Dirección donde recibe su correspondencia (requerida si es distinta de su dirección residencial)

Dirección para envíos de correo Apto. o Unidad Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

Dirección donde le gustaría recibir su boleta por correo (requerida si es distinta de su dirección residencial o para envíos de correo)

Dirección Apto. o Unidad Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

Su número de teléfono

Código de área Número de teléfono

Información electoral por correo

Si selecciona esta opción, usted recibirá información electoral próxima por correo electrónico. Sí No Dirección de correo electrónico

Seleccione o cambie su afiliación de partido político

Seleccione uno solamente. (Requerido si desea votar en las Elecciones Primarias o participar en las asambleas políticas de dicho partido)

American Constitution Democratic Green Libertarian Republican No Afiliado

Firme o marque abajo

Advertencia: Una violación de la afirmación propia que va a hacer es un acto criminal bajo las leyes de este estado y le expone a las sanciones previstas por la ley. Es un delito menor de Clase 1 a jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para votar.

Afirmación propia:

Afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos, he sido residente del estado de Colorado por los menos durante 22 días, tengo por los menos dieciséis años y entiendo que debo tener dieciocho años de edad para ser elegible para votar, cumplo con los requisitos de registro y que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera a mi leal saber y entender, y yo afirmo, además, que no voy a emitir más de un voto en cualquier elección. Soy consciente de que si me registro para votar en Colorado, también se me considera un residente de Colorado para el registro de vehículos de motor y los fines de operación y para fines de impuestos. Además afirmo que mi dirección actual según indicado es mi único lugar de residencia legal y que no tengo ningún otro lugar como mi residencia legal.

Firme aquí

Firma o marca* _____

Fecha* _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____

(Si usted no puede firmar personalmente, usted debe poner una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí)

