

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Estoy de acuerdo con notificar al trabajador del cuidado de niños por escrito dentro de diez (10) días si mi ingreso total del hogar excede el 85% del Ingreso Medio Estatal y reportar dentro de cuatro (4) semanas si mi actividad elegible de calificación cambia. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que deberé devolver el dinero de cualquier beneficio recibido para el cual yo no era elegible.
Haga un círculo en el tamaño del hogar y la cantidad de Ingreso Medio Estatal (SMI, por sus siglas en inglés)

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

2. Estoy de acuerdo con que debo completar el proceso de redeterminación cuando sea su fecha límite, incluyendo toda la verificación requerida.
3. Estoy de acuerdo con que debo verificar mi actividad elegible cuando haya un cambio en mi actividad elegible y en la redeterminación. (Un cronograma será requerido si usted es trabajador autónomo o cuando se requiera cuidado no tradicional como durante la noche, los fines de semana o por la noche tarde)
4. Estoy de acuerdo con notificar a mi trabajador del cuidado de niños antes de cambiar de proveedor del cuidado de niños, de otro modo, tal vez el condado no pague el cuidado de niños.
5. Estoy de acuerdo con ser responsable de resolver cualquier problema que yo pueda tener con mi proveedor del cuidado de niños.
6. Estoy de acuerdo con notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo cualquier preocupación sobre el posible abuso o descuido de un niño que esté recibiendo cuidados.
7. Comprendo que si cualquier padre en mi hogar es empleado autónomo yo/nosotros debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos del negocio y estoy de acuerdo con registrar y verificar los ingresos, gastos, horario de trabajo y necesidad de cuidado para asistir en mi determinación de elegibilidad.
8. Comprendo que si el cuidado de niños es provisto por mi actividad de empleo o empleo autónomo entonces el salario bruto imponible dividido por la cantidad de horas que trabajo debe ser igual al menos al salario mínimo federal para poder seguir recibiendo el cuidado de niños.
9. Estoy de acuerdo con que si mi condado requiere la imposición de manutención yo cooperaré con la oficina de imposición de manutención para cualquier niño que esté recibiendo cuidado y que tenga un padre ausente.
10. Estoy de acuerdo con que no dejaré mi tarjeta CCAP en la posesión de mi proveedor de cuidado de niños en ningún momento o puedo ser descalificado del Programa de Asistencia con el Cuidado de Niños de Colorado.
11. Estoy de acuerdo con usar mi tarjeta CCAP para registrar la entrada y la salida de mi niño(s) diariamente del cuidado o mi caso de asistencia con el cuidado de niños puede cerrarse y yo seré responsable del pago de los costos del cuidado de niños.
12. Comprendo que si mi tarjeta CCAP se pierde, es robada o dañada, yo debo notificar al trabajador del cuidado de niños dentro de los dos (2) días laborables.
13. Comprendo que si me envían nuevas tarjetas CCAP, yo debo reportar si no he recibido las tarjetas dentro de los cinco (5) días laborables.
14. Comprendo que si se descubre que una persona ha dado información falsa intencionalmente de hecho o por omisión no podrá recibir asistencia con el cuidado de niños por doce (12) meses por la primera ofensa, veinticuatro (24) meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa. Este crimen está sujeto a enjuiciamiento según las leyes federales y estatales.
15. **TARIFA PARA LOS PADRES:**
- Estoy de acuerdo con pagar la tarifa para los padres que aparece en el aviso de autorización del cuidado de niños y se debe pagar al proveedor en el mes en el que el cuidado es recibido.
 - Comprendo que mi tarifa para padres se basa en mi ingreso, tamaño del hogar y cantidad de niños al cuidado y está sujeta a cambios al recibir aviso por adelantado del condado.
 - Comprendo que si no pago esta tarifa o hago arreglos de pago aceptables con mi proveedor del cuidado de niños, perderé mis beneficios del cuidado de niños y no podré recibir asistencia con otro proveedor del cuidado de niños y/o a través de ningún otro condado.

Firma del solicitante 1	Fecha	Firma del solicitante 2	Fecha

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con cualquier acción tomada sobre los beneficios del cuidado de niños, usted tiene el derecho de apelar.

♦ Si sus beneficios del cuidado de niños son negados, usted debe llamar a su trabajador de asistencia del cuidado de niños dentro de los quince (15) días de la fecha de la negación para decir que usted quiere apelar.

♦ Si sus beneficios del cuidado de niños son cambiados, usted debe llamar a su trabajador de asistencia del cuidado de niños dentro de los quince (15) días de la fecha del aviso del cambio para decir que usted quiere apelar.

♦ Si sus beneficios del cuidado de niños se dan por terminados, usted debe llamar a su trabajador de asistencia del cuidado de niños antes de la fecha efectiva de la terminación para decir que usted quiere apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso. Si usted apela la decisión o cambio, la persona que preside en la audiencia no será quien originó el cambio o decisión.

Antes de que usted decida solicitar una audiencia con el condado, le animamos a hablar primero con su trabajador del cuidado de niños del departamento del condado y después con el supervisor del trabajador. A menudo sus preguntas y preocupaciones pueden resolverse hablando con el personal del condado que es responsable de hacer el cambio en su subsidio del cuidado de niños.

Si después de completar una audiencia con el condado usted todavía no está de acuerdo con la decisión, usted 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. Usted debe apelar la decisión del condado dentro de los 15 días de la fecha de correo en el Aviso de Decisión de Audiencia del Condado.

3. En la carta usted debe decir que quiere apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué usted quiere apelar la decisión. Si usted necesita ayuda para hacerlo, usted puede pedirle ayuda a cualquiera o hablar con una oficina de ayuda legal o pedirle a su representante de Servicios Sociales/Humanos del Condado que le ayude.

4. La Oficina de Cortes Administrativas programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó dentro del tiempo correcto. Usted recibirá una carta de la Oficina de Cortes Administrativas que le explicará los próximos pasos, quién puede venir con usted, quién puede presentar testimonio y otra información sobre la audiencia.

Usted debe saber que se requiere que el estado y el condado intenten recolectar el dinero de todos los beneficios provistos para los cuales usted no era elegible.

Discriminación

Si usted cree haber sido discriminado debido a su raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, origen nacional o discapacidad, usted tiene el derecho de 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)

Guarde esta hoja para tenerla como referencia