

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE COLORADO  
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DE COLORADO  
(CCCAP)**

**FORMULARIO DE REDETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

Recibió este formulario para que el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado pueda actualizar su elegibilidad para participar en el programa de asistencia infantil. Recuerde que se le suspenderán los beneficios de asistencia infantil si no completa el formulario de redeterminación ni presenta los documentos necesarios.

**Llene este formulario y devuélvalo tan pronto como lo reciba. Si no recibimos el formulario y todos los documentos de verificación antes del \_\_\_\_\_, el caso ante CCCAP se cerrará y ya no se autorizarán los servicios de asistencia infantil a partir del \_\_\_\_\_.**

**Sección 1:**

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

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: \_\_\_\_\_ Caso n.º: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado de domicilio?  Sí  No

En caso afirmativo, escriba aquí su nuevo domicilio: \_\_\_\_\_

Marque las casillas correspondientes a las situaciones que se aplican en su caso	<input type="checkbox"/> Vive en hotel o motel	<input type="checkbox"/> Vive en campamento	<input type="checkbox"/> Vive en refugio	<input type="checkbox"/> Vive en lugares poco habitables, como carro o parque.
	<input type="checkbox"/> Tiene una vivienda transitoria (explique)		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: _____/_____/_____ Fecha anticipada de su fin: _____/_____/_____	

**Sección 2:**

**EMPLEO\*** (como constancia, incluya recibos de salario de los últimos 30 días)

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: \_\_\_\_\_

**1. ¿Tiene empleo?**

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Indique su frecuencia salarial \_\_\_\_\_

\_\_\_ No Si respondió que no, indique la fecha en que dejó de trabajar: \_\_\_\_\_

**2. ¿Tiene otro empleo?**

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Indique su frecuencia salarial \_\_\_\_\_

\_\_\_ No

**3. ¿Tiene un empleo nuevo? *En tal caso, adjunte carta de verificación de empleo.***

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, llene estos datos: Fecha de inicio \_\_\_\_\_

\_\_\_ No Nombre de la compañía empleadora \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Es un empleo adicional?  Sí  No

4. ¿Tiene a dos cuidadores adultos en el hogar? (Si usted es padre o madre adolescente, no incluya a sus padres)  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No **Si respondió que sí, conteste las preguntas 5 a 7.**

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja este cuidador adulto?

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Indique su frecuencia salarial \_\_\_\_\_

\_\_\_ No Si respondió que no, indique la fecha en que dejó de trabajar: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene otro empleo?

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Indique su frecuencia salarial \_\_\_\_\_

\_\_\_ No

7. ¿Tiene un empleo nuevo? *En tal caso, adjunte carta de verificación de empleo.*

\_\_\_ Sí Si respondió que sí, llene estos datos: Fecha de inicio \_\_

\_\_\_ No Nombre de la compañía empleadora \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Es un empleo adicional? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

---

### Sección 3:

**EDUCACIÓN O FORMACIÓN PROFESIONAL**

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: \_\_\_\_\_

8. ¿Recibe formación profesional? \_ Sí \_\_\_\_\_ No Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
¿Va a clases? \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar (si corresponde): \_\_\_\_\_

9. ¿Recibe formación profesional? \_ Sí \_\_\_\_\_ No Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
¿Va a clases? \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

---

### Sección 4:

**BÚSQUEDA DE TRABAJO/DISCAPACIDAD**

Nombre del cuidador adulto principal en el hogar: \_\_\_\_\_

10. ¿Está buscando trabajo? \_ Sí \_\_\_\_\_ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
¿Está discapacitado? \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Si respondió que sí, marque si la discapacidad es \_\_ permanente o \_\_ temporal. Si la discapacidad es temporal, indique la fecha en que terminará: \_\_\_\_\_  
¿Está con licencia por maternidad? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Si respondió que sí, indique la fecha anticipada de fin: \_\_\_\_\_

Nombre del segundo cuidador adulto en el hogar (si corresponde): \_\_\_\_\_

11. ¿Está buscando trabajo? \_ Sí \_\_\_\_\_ No Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
¿Está discapacitado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Si respondió que sí, marque si la discapacidad es \_\_ permanente o \_\_ temporal. Si la discapacidad es temporal, indique la fecha en que terminará: \_\_\_\_\_  
¿Está con licencia por maternidad? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. Si respondió que sí, indique fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Si respondió que sí, indique la fecha anticipada de fin: \_\_\_\_\_



**Personas a cargo/niños recién incorporados (si corresponde)**

Fecha de ingreso al grupo familiar	Apellido y nombre	Número de Seguro Social (optativo)	Hispano o latino (Sí o no)	Razas: incluya todas las opciones aplicables (use los códigos de abajo)	¿Necesita cuidado infantil para este niño? (Sí o no)	¿Niño discapacitado? (Sí o no)	Fecha de nacimiento	Vacunas: (use los códigos de abajo)

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?  Sí  No

Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?  Sí  No

Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al grupo familiar	Apellido y nombre	Número de Seguro Social (optativo)	Hispano o latino (Sí o no)	Razas: incluya todas las opciones aplicables (use los códigos de abajo)	¿Necesita cuidado infantil para este niño? (Sí o no)	¿Niño discapacitado? (Sí o no)	Fecha de nacimiento	Vacunas (use los códigos de abajo)

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?  Sí  No

Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?  Sí  No

Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al grupo familiar	Apellido y nombre	Número de Seguro Social (optativo)	Hispano o latino (Sí o no)	Razas: incluya todas las opciones aplicables (use los códigos de abajo)	¿Necesita cuidado infantil para este niño? (Sí o no)	¿Niño discapacitado? (Sí o no)	Fecha de nacimiento	Historia de vacunaciones: (use los códigos de abajo)

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?  Sí  No

Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para este niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?  Sí  No

Nombre del padre o la madre fuera del grupo familiar que quizás sean responsables del sustento de menores:

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Códigos de raza (use las opciones aplicables):** **A**, asiático; **B**, negro o afroamericano; **H**, hispano; **I**, amerindio o indígena de Alaska; **P**, hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico; **W**, blanco.

**Códigos de la historia de vacunaciones** **IM:** niño vacunado **ME:** exención médica **RE:** exención religiosa **OT:** otro motivo (explíquelo)

**De los niños ya nombrados, ¿hay alguno que no sea ciudadano estadounidense? \_\_\_ Sí \_\_\_ No**

Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Número de registro de extranjero
		<b>A</b>
		<b>A</b>

**De los niños ya nombrados, ¿hay alguno que esté bajo custodia compartida o custodia en hogar sustituto?**

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre del niño	¿Custodia compartida o custodia en hogar sustituto?	Fecha de inicio de la custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia en hogar sustituto	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia en hogar sustituto	

¿Hay alguno que haya dejado el grupo familiar?  Sí   No  Si respondió que sí, llene estos datos:

Nombre	Fecha de partida	Motivos de la partida

## Sección 6:

Información sobre otros programas de beneficios

¿Recibe usted u otro miembro del grupo familiar beneficios de uno de estos programas, o participan en ellos?	Si no es así, ¿desearía recibir más detalles?
Colorado Works/Asistencia en efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia alimentaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa para la mujer, el bebé y el niño (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de día adultos (CACFP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte B de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para niños de 3 a 5 años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte C de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para recién nacidos y niños de hasta tres años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra opción (describala): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Sección 7:

CALENDARIO DE ACTIVIDADES LABORALES O ACADÉMICAS

Complete el calendario de sus actividades laborales o académicas. Si hay dos cuidadores adultos en el hogar, incluya los calendarios de ambos. Si tiene más de un empleo, no se olvide de incluir los calendarios de todos los empleos.

Ejemplo: Calendario:	Lunes (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Martes (a. m./p. m.) 8:00-3:00	Miércoles (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Jueves (a. m./p. m.) 8:00-3:00	Viernes (a. m./p. m.) 8:00-5:00	Sábado 0	Domingo 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
MI CALENDARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo							
Horas							
Educación o formación profesional							
Horas							
SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajo							
Horas							
Educación o formación profesional							
Horas							

Si hay cambios de horario, explíquelos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección 8:

**CALENDARIOS DE LOS NIÑOS**

Complete el calendario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador (si contrata a más de uno). Recuerde que se aprobará el cuidado infantil según la elegibilidad. Adjunte una copia del calendario académico de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño:						Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
Nombre del cuidador y núm. de licencia:							
Domicilio del cuidador:							
Ejemplo: Calendario:	<i>Lunes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Martes (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Miércoles (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Jueves (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Viernes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Sábado</i> 0	<i>Domingo</i> 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
Horas							
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/_____ Fin: ___/___/_____							

**CALENDARIOS DE LOS NIÑOS**

Complete el calendario de cada niño. Úselo para indicar si planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador (si contrata a más de uno). Recuerde que se aprobará el cuidado infantil según la elegibilidad. Adjunte una copia del calendario académico de cada niño en edad escolar.

Nombre del niño:						Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
Nombre del cuidador y núm. de licencia:							
Domicilio del cuidador:							
Ejemplo: Calendario:	<i>Lunes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Martes (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Miércoles (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Jueves (a. m./p. m.)</i> 8:00-3:00	<i>Viernes (a. m./p. m.)</i> 8:00-5:00	<i>Sábado</i> 0	<i>Domingo</i> 0
Horas:	9	7	9	7	9	0	0
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Calendario							
Horas							
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/_____ Fin: ___/___/_____							

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA INCLUIR CALENDARIOS INFANTILES ADICIONALES.

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Sección 9:**

**PREGUNTAS SOBRE LOS INGRESOS:** Incluya todas las fuentes de ingresos. **Ponga cero si no tiene ingresos.**

Anote los ingresos familiares totales por mes:

Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del segundo cuidador adulto en el hogar	Tipo de ingresos	Mis ingresos	Ingresos del segundo cuidador adulto en el hogar
Salario (antes del pago de impuestos)	\$	\$	Beneficios de Seguro Social para familiares supervivientes, pagos de la indemnización por discapacidad permanente	\$	\$
Ingresos por empleo autónomo	\$	\$	Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera)	\$	\$
Propinas o porcentaje de comisión	\$	\$	Retenciones del salario militar	\$	\$
Sustento de menores	\$	\$	Subsidios de huelga	\$	\$
Pago de la pensión alimenticia	\$	\$	Dividendos, intereses, ingresos por sucesiones o fideicomisos, ingresos netos por alquiler, regalías	\$	\$
Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos, etc.)	\$	\$	Pagos de jubilación y de pensión* (pensión de veterano, pensiones del Seguro Social)	\$	\$
Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	\$	\$	Seguro de desempleo	\$	\$
Compensación por accidente de trabajo	\$	\$	Otros ingresos	\$	\$
				INGRESOS TOTALES	\$
				INGRESOS FAMILIARES TOTALES	\$

**OTROS TIPOS DE INGRESOS (si corresponde) ¿Recibe usted u otro miembro del grupo familiar algunos de los siguientes tipos de ingresos? Si contestó que sí, complete la tabla siguiente.**

1. Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Asistencia con cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría solicitar esta asistencia	3. Asistencia en efectivo o asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Colorado Works/Asistencia en efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Ingresos del Seguro Social complementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Ingresos por servicios a AmeriCorps	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de quien recibe los ingresos		Tipo de ingresos (use el número de categoría en los cuadros anteriores)		Frecuencia salarial de los ingresos (mensual, semanal, etc.)	

Cambios o comentarios adicionales:



### Autorización para dar información

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

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

### Autorización para divulgar información

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

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

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

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

## CONVENIO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Convengo en avisar por escrito al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de diez (10) días si el total de mis ingresos familiares supera el 85 % del nivel de ingresos medios a nivel estatal (según se indica en [www.coloradoofficeofearlychildhood.com](http://www.coloradoofficeofearlychildhood.com)) y en informar de todo cambio de actividad condicionada de elegibilidad en un plazo de cuatro (4) semanas. Entiendo que también deberé verificar estos cambios y que reembolsaré los beneficios recibidos que no me hayan correspondido.
2. Convengo en completar el proceso de redeterminación en la fecha debida, incluida la presentación de las constancias necesarias.
3. Convengo en que debo presentar documentación de las actividades condicionadas de elegibilidad si hay algún cambio en ellas y durante la redeterminación. **Nota:** si usted es trabajador autónomo o si necesita cuidado infantil no habitual, como cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana, será necesario presentar un calendario.
4. Convengo en avisar al trabajador social de asistencia infantil antes de contratar a otro cuidador infantil, pues de otra manera el condado quizás no me reembolse el costo.
5. Convengo en responsabilizarme de solucionar cualquier problema que pudiera tener con el cuidador infantil.
6. Convengo en avisar al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado si me inquieta la posibilidad de que un niño sea maltratado o reciba un trato negligente del cuidador infantil.
7. Si cualquiera de los padres o las madres del grupo familiar es trabajador autónomo, entiendo que deberemos mantener un promedio de ingresos que supere los gastos comerciales. También convengo en verificar y en llevar cuenta de los ingresos, gastos, horarios de trabajo y la necesidad de recibir cuidado para ayudar con la determinación de mi elegibilidad.
8. Si recibo cuidado infantil en relación con mi empleo o empleo autónomo, entiendo que los ingresos brutos gravables divididos por las horas de trabajo deben equivaler por lo menos al salario mínimo estipulado por el gobierno federal a fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
9. Si el condado donde resido exige el cumplimiento del sustento de menores, convengo en cooperar con la oficina a cargo de dicho cumplimiento en relación con cualquier niño que reciba cuidado infantil, si está ausente uno de los padres.
10. Convengo en que verificaré la entrada y salida de los niños de la guardería infantil con el sistema estatal de control de asistencia según las instrucciones.
11. Si un individuo da información falsa por acción u omisión de manera intencional, entiendo que no puede recibir asistencia infantil por doce (12) meses en caso de ser su primera infracción, por veinticuatro (24) meses en caso de ser su segunda infracción, y de manera permanente si se trata de su tercera infracción. Se enjuiciará al responsable de este delito según las leyes estatales y federales.
12. CUOTA MENSUAL DE LOS PADRES
  - a. Convengo en pagar la cuota a cargo de los padres indicada en el aviso de autorización de cuidado infantil y que debe pagarse al cuidador en el mes de prestación del cuidado.
  - b. Entiendo que la cuota a cargo de los padres se basa en mis ingresos, en mi grupo familiar y en la cantidad de niños en cuidado infantil. Tal cuota está sujeta a cambios con la recepción del aviso previo del condado.
  - c. Si no pago esta cuota ni hago preparativos de pago aceptables con el cuidador infantil, entiendo que perderé los beneficios de asistencia infantil con la redeterminación y que no podré recibir asistencia de otro cuidador infantil ni en otro condado.



## RECURSO DE APELACIÓN Y VISTA IMPARCIAL

Tiene derecho a apelar cualquiera de las medidas tomadas respecto a los beneficios de asistencia infantil, si no está de acuerdo con ella.

- ◆ Si le **deniegan** beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha de denegación. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le **modifican** los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir del aviso del cambio. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le **interrumpen** los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil antes de la fecha válida de interrupción de servicios. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.

El departamento de condado correspondiente concertará una vista, durante la cual usted tendrá la oportunidad de establecer los fundamentos de su apelación. Si apela la decisión o el cambio, el individuo que preside la vista no será el responsable del cambio o la decisión.

Antes de decidirse por pedir una vista de condado, se recomienda que hable primero con el trabajador social de asistencia infantil en el departamento de condado y luego con el supervisor de aquél. A menudo pueden resolverse sus preguntas y dudas si las conversa con el personal del condado responsable de hacer cambios en los subsidios de asistencia infantil.

Si aún no está de acuerdo con la decisión luego de terminada la vista de condado, usted puede apelar la decisión ante el estado si sigue estas instrucciones:

1. Escriba una carta a la agencia siguiente:  
**Office of Administrative Courts**  
**1525 Sherman Street**  
**4<sup>th</sup> Floor**  
**Denver, CO 80203**
2. Tiene un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso de la decisión por la vista imparcial de condado para presentar su apelación.
3. Indique en la carta que desea apelar la decisión de la vista del condado y las razones de su apelación. Si necesita ayuda, puede pedírsela a quien desee, hablar con una oficina de asistencia jurídica gratuita, o pídale ayuda a un representante del Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.
4. La Dirección de Tribunales Administrativos apartará una fecha para la vista de la apelación si determina que el pedido de apelación fue presentado puntualmente. Usted recibirá de esta entidad una carta donde se detallarán los pasos siguientes, quién puede acompañarlo, quién puede presentarse como testigo y otros detalles sobre la vista.

Debe saber que el estado y el condado tienen la responsabilidad de procurar cobrar todos los beneficios que usted haya recibido y a los que no tenga derecho.

### Discriminación

Si cree que sufrió discriminación por motivo de raza, color de piel, sexo, edad, religión, convicciones políticas, nacionalidad o discapacidad, tiene derecho a elevar una queja ante la Dirección para la Defensa de los Derechos Civiles:

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

**Guarde esta hoja para consultas futuras.**