

Debe completarlo el personal de CCCAP:

Día en que se recibió la aplicación:

Número de caso:

Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP) Formulario de redeterminación de elegibilidad

Su certificación actual está terminando y los beneficios de cuidado infantil terminarán a partir del _____. Llene y firme este formulario de redeterminación lo antes posible o antes del _____. Sin el formulario de redeterminación firmado y los documentos necesarios, no podremos determinar si continúa siendo elegible para el CCCAP.

Definiciones:

- **Usted:** el padre/madre o el tutor que completa la solicitud.
- **Tutor:** un adulto legalmente responsable de cuidar a un niño, pero que no es el padre ni la madre.
- **Padres adolescentes:** padres menores de veintiún (21) años que tienen la custodia física de sus hijos durante el período en el que se solicita el cuidado y que están haciendo una actividad elegible, como asistir a la escuela secundaria/media, programa de GED, actividad de formación profesional/técnica, empleo, trabajo por cuenta propia o búsqueda de empleo.
- **Tutor/cónyuge:** una persona que vive en su casa y que cuida a sus hijos o proporciona apoyo o ayuda económica. Es una persona que asume las obligaciones parentales para un menor, incluida la protección de sus derechos, o una persona que asume el rol de padre/madre de un menor sin haber pasado por el proceso formal de adopción.

Instrucciones:

- **Este formulario lo debe presentar el padre/la madre o el tutor de los niños que necesitan cuidado infantil.**
- **Completar este formulario no garantiza que la asistencia para el cuidado infantil continuará después de las fechas indicadas arriba.**
- Se deberán cumplir todos los criterios de elegibilidad para calificar y recibir la asistencia.
- Proporcione toda la información solicitada en la página 18 y la que le pida su trabajador social del CCCAP.
- Para evitar demoras en el procesamiento de su redeterminación y cualquier seguimiento adicional, complete cada sección y asegúrese de que toda la información esté completa y sea precisa.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres, aunque viva con ellos.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario,
póngase en contacto con la oficina del CCCAP de su condado.

Sección 1a: Información de contacto del padre/madre o del tutor (OBLIGATORIA)					
Su dirección:			Dirección postal: <input type="checkbox"/> ¿Es la misma que su dirección?		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:			Condado:		
Información de contacto: <i>Complete al menos una</i>	Su correo electrónico (obligatorio) *Si ha cambiado, notifíquelo a su trabajador del CCCAP*:		Teléfono primario: () Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono secundario: () Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal					

Sección 1b: A efectos de la redeterminación, ¿describe alguna de estas el lugar donde vive? (OBLIGATORIO)						
<input type="checkbox"/> Vivo en un hotel o un motel	<input type="checkbox"/> Vivo en un área de campamento	<input type="checkbox"/> Vivo en un albergue	<input type="checkbox"/> Vivo en la casa de otra persona porque perdí la vivienda, por problemas económicos, etc.	<input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda precaria, como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, etc.	<input type="checkbox"/> Otra situación de vivienda temporal (explique)	<input type="checkbox"/> No corresponde ninguna
Fecha de inicio de la situación en la que vive actualmente: ____/____/____						
Fecha prevista de finalización (si se conoce): ____/____/____						

Sección 2a: Información del grupo familiar (OBLIGATORIA) Mencione cada persona que viva en su domicilio, empezando por usted.				
Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	¿Qué relación tiene con usted? (yo, tutor/cónyuge, hijo)	Si esta persona es un niño, ¿está pidiendo cuidado para este niño?
			YO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C

				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C

Sección 2b: Nuevos adultos en la vivienda

OBLIGATORIO: ¿ Alguno de los adultos mencionados en la sección 2a comenzó a vivir en su domicilio después de que usted completó la última solicitud o formulario de redeterminación del CCCAP? **Sí** **No**

Si respondió **SÍ**, debe completar la siguiente tabla: Utilice otra hoja si es necesario.
 Si respondió **NO**, pase a la sección 2c.

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Estatus militar	Estado civil (vea códigos abajo)	¿Hispano o Latino? (S/N)	Razas: Escriba todas las que correspondan (vea los códigos abajo)
			<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia nacional			
			<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reserva militar <input type="checkbox"/> Guardia nacional			

Códigos de raza (utilice todos los que correspondan): **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**- Hispano
I: Indio Americano/Nativo de Alaska **P**-Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico, **W**-Blanco

Sección 2c: Nuevos niños en la vivienda

OBLIGATORIO: ¿Alguno de los niños mencionados en la sección 2a comenzó a vivir en su domicilio después de que usted completó la última solicitud o formulario de redeterminación del CCCAP? Sí No

**Si respondió SÍ, debe completar la siguiente tabla: Utilice otra hoja si es necesario.
Si respondió NO, pase a la sección 2d.**

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ¹
¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Razas: Escriba todas las que correspondan (vea los códigos abajo):		Estatus de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): Sí, vacunado No, en proceso No, exención por motivos no médicos No, exención por motivos médicos Otra		

Nombre del padre/madre fuera de la vivienda que puede tener obligación de manutención:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ²
¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Razas: Escriba todas las que correspondan (vea los códigos abajo):		Estatus de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): Sí, vacunado No, en proceso No, exención por motivos no médicos No, exención por motivos médicos Otra		

Nombre del padre/madre fuera de la vivienda que puede tener obligación de manutención:

Apellido: _____ **Nombre:** _____

¹ "Inmigrante calificado" es un término federal obligatorio con un significado legal que va más allá de la residencia legal permanente. Incluye otras categorías, como los asilados, los refugiados y los inmigrantes cubanos y haitianos, entre otros. 8 U.S.C. § 1641.

² "Inmigrante calificado" es un término federal obligatorio con un significado legal que va más allá de la residencia legal permanente. Incluye otras categorías, como los asilados, los refugiados y los inmigrantes cubanos y haitianos, entre otros. 8 U.S.C. § 1641.

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ³
¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Razas: Escriba todas las que correspondan (vea los códigos abajo):		Estatus de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): Sí, vacunado No, en proceso No, exención por motivos no médicos No, exención por motivos médicos Otra		
Nombre del padre/madre fuera de la vivienda que puede tener obligación de manutención: Apellido: _____ Nombre: _____						

Códigos de raza (use todas las que correspondan): **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**- Hispano
I: Indio Americano/Nativo de Alaska **P**-Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico, **W**-Blanco

Sección 2d: Acuerdos de custodia		
OBLIGATORIO: ¿Hay niños que vivan en su domicilio que sean parte de un acuerdo de Custodia Compartida o de otro tipo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si respondió SÍ , debe completar la siguiente tabla. Si respondió NO , pase a la sección 3.		
Nombre del menor	Custodia compartida u otro tipo de acuerdo	Fecha en que comenzó el acuerdo de custodia
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Otro tipo de custodia (explique): _____	
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Otro tipo de custodia (explique): _____	

Sección 3: Hay otros programas que pueden beneficiarlos a usted y a su familia.	
Para que podamos ponerlo en contacto con esos programas, seleccione una de las tres opciones para cada programa: Ya participo; Me gustaría saber más; o No estoy interesado.	
<i>* Si selecciona que le gustaría saber más, lo conectarán con esos programas para que complete los procesos de derivación o de solicitud para ver si califica.</i>	
Programas educativos Head Start/Early Head Start: Educación gratuita y de calidad para niños de 0 a 5 años (no están disponibles en todas las comunidades)	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

³ "Inmigrante calificado" es un término federal obligatorio con un significado legal que va más allá de la residencia legal permanente. Incluye otras categorías, como los asilados, los refugiados y los inmigrantes cubanos y haitianos, entre otros. 8 U.S.C. § 1641.

<p>Intervención temprana en Colorado: Apoyo para el desarrollo, disponible sin costo, para niños desde el nacimiento hasta los 3 años</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más porque me preocupa el desarrollo de mi hijo que está en el rango de edad desde el nacimiento hasta los 3 años. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Educación Especial de Preescolar: Apoyo educativo, disponible sin costo, para niños de 3 a 5 años</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más porque me preocupa el desarrollo de mi hijo, que está en el rango de edad de los 3 a los 5 años. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Ayuda económica en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Colorado Works: Ayuda económica en efectivo para aquellos que califican</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Asistencia alimentaria (SNAP): Asistencia para comprar comida</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Programa de Alimentación y Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC): Apoyo con la alimentación, la nutrición y la lactancia para usted y sus hijos de 0 a 5 años</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Asistencia con el seguro médico de Medicaid/CHP+: Cobertura médica para los que reúnan los requisitos</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Vale de elección de vivienda o ayuda en efectivo: Ayuda para pagar el alquiler o los servicios públicos</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LEAP): Ayuda para pagar la factura de la calefacción</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>Asistencia médica para refugiados: Asistencia médica para refugiados</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p>El Programa de Servicios de Manutención de Niño Servicios que aseguran que los niños reciban apoyo financiero regular de ambos padres</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

Sección 4: La actividad que hace que califique

Para ser elegible para el CCCAP, necesitamos determinar cuál es la actividad que hace que califique. Incluya toda la información de forma precisa en la siguiente sección. Se requerirá verificación de la actividad que hace que califique.

Incluya los últimos treinta (30) días de recibos de sueldo para la verificación; si los últimos 30 días no representan sus ingresos regulares, presente recibos de sueldo adicionales para determinar la elegibilidad con precisión.

Nota: Si alguno de sus trabajos comenzó en los últimos 60 días, proporcione una carta del empleador.

OBLIGATORIO: Sección 4a.

Seleccione **TODO** lo que corresponda y complete toda la información solicitada para la actividad o actividades seleccionadas.

Empleado

Fecha de inicio: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Cantidad de horas por semana: _____

¿Tiene otro trabajo?

No Sí (si respondió SÍ, conteste las preguntas de abajo):

Fecha de inicio: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Cantidad de horas por semana: _____

** Si tiene más dos trabajos, puede completar páginas adicionales*

Trabajador por cuenta propia

como LLC

como S corp

Otro: _____

Cantidad de horas por semana: _____

No estoy empleado

¿Cuándo dejó de trabajar? (si corresponde):

Estoy buscando empleo

Fecha de inicio (si corresponde):

<input type="checkbox"/> Estoy discapacitado Fecha de inicio: _____ <i>La discapacidad es:</i> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal (fecha de finalización: _____) ¿Puede ocuparse de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde): _____	<input type="checkbox"/> Tiene permiso de ausencia por maternidad Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> En huelga Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> Tiene permiso de ausencia por razones médicas Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> De descanso estacional Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____
---	--

OBLIGATORIO: Sección 4b. ¿Está participando actualmente en actividades de capacitación o educación?

Sí No

**Si respondió SÍ, deberá completar la tabla de abajo (REQUIERE VERIFICACIÓN).
Si respondió NO, pase a la sección 4c.**

Nombre de la institución de capacitación/educación: _____

Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Junior High <input type="checkbox"/> Capacitación laboral <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional o de oficios <input type="checkbox"/> Programa de certificación <input type="checkbox"/> Educación superior (primer título de Licenciatura o inferior) Cantidad de horas por semana: _____	Fecha efectiva de inicio: _____	Fecha prevista de finalización: _____	Número de créditos (si corresponde):
---	---------------------------------	---------------------------------------	---

¿Le proporcionará esta formación o educación un certificado o un título? Sí No

Si respondió SÍ, ¿de qué tipo?:

Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria
 Carrera Técnica
 Licenciatura titulada
 Título de maestría
 Ph.D./Doctorado
 Certificado en _____

OBLIGATORIO: Sección 4c. ¿Se ha graduado en los últimos 12 meses?

Sí No

**Si respondió SÍ, deberá completar la tabla de abajo.
Si respondió NO, pase a la sección 5.**

<input type="checkbox"/> Estoy discapacitado Fecha de inicio: _____ <i>La discapacidad es:</i> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal (fecha de finalización: _____) ¿Pueden estas personas ocuparse de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde): _____	<input type="checkbox"/> Tiene permiso de ausencia por maternidad Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> En huelga Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> Tiene permiso de ausencia por razones médicas Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____ <input type="checkbox"/> De descanso estacional Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____
--	--

Sección 5b. ¿Está el tutor/su cónyuge participando actualmente en una actividad de capacitación o educación?
 Sí No

**Si respondió SÍ, deberá completar la tabla de abajo. (REQUIERE VERIFICACIÓN).
 Si respondió NO, pase a la sección 5c.**

Nombre de la institución de capacitación/educación: _____

Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Junior High <input type="checkbox"/> Capacitación laboral <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional o de oficios <input type="checkbox"/> Programa de certificación <input type="checkbox"/> Educación superior (primer título de Licenciatura o inferior) Cantidad de horas por semana: _____	Fecha efectiva de inicio:	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde):
---	---------------------------	---------------------------------	---

¿Le proporcionará esta formación o educación un certificado o un título? Sí No

Si respondió SÍ, ¿de qué tipo?:

Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria
 Carrera Técnica
 Licenciatura titulada
 Título de maestría
 Ph.D./Doctorado
 Certificado en _____

5c. ¿Se ha graduado el tutor/su cónyuge en los últimos 12 meses? Sí No

**Si respondió SÍ, deberá completar la tabla de abajo.
 Si respondió NO, pase a la sección 6.**

Título obtenido:

- Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria Carrera Técnica Licenciatura titulada
 Título de maestría
 Ph.D./Doctorado Certificado en _____

Sección 6: Ingresos por trabajo o por empleo por cuenta propia

OBLIGATORIO: ¿Tiene usted, o el tutor/su cónyuge, ingresos por trabajo o por empleo por cuenta propia?

Sí No

Si respondió **SÍ**, debe completar la siguiente tabla: **Escriba todos los empleos (REQUIERE VERIFICACIÓN).**
Si respondió **NO**, pase a la sección 7.

Nombre de la persona	Frecuencia con la que le pagan	Ingresos totales por período de pago (incluidas las propinas y las comisiones) antes de los impuestos

Sección 7: Pago de manutención infantil por orden judicial

OBLIGATORIO: ¿Hace usted, o el tutor/su cónyuge, pagos de manutención para algún hijo? Sí No

Si respondió **SÍ**, debe completar la siguiente tabla: (SE REQUIERE LA VERIFICACIÓN DE LA ORDEN JUDICIAL Y DEL PAGO).

Si respondió **NO**, pase a la sección 8.

Nombre de la persona que hace el pago	Nombre del niño	Cantidad pagada	Frecuencia con que se paga
		\$	
		\$	

Sección 8: Manutención infantil recibida o exigida

OBLIGATORIO: ¿Recibe manutención para alguno de sus hijos? Sí No

OBLIGATORIO: ¿Se ha ordenado manutención para alguno de sus hijos? Sí No No sé

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas, debe completar la siguiente tabla:

Si respondió **NO** a ambas, pase a la sección 9a.

Nombre de los menores	¿Recibe manutención infantil?	¿Se ha ordenado manutención infantil?	Cantidad pagada por manutención infantil	Frecuencia con que se paga	¿Cómo se paga? (Venmo, efectivo, cheque, registro de manutención familiar [FSR], etc.)	Nombre del padre que no tiene la 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	\$			
--	--	--	----	--	--	--

Sección 9a: Otros ingresos

Debe informar de **todos** los ingresos que reciba su grupo familiar para que su especialista del CCCAP pueda determinar si cuentan para decidir su elegibilidad.

Revise la lista de “**otros tipos de ingresos**” de abajo.

OBLIGATORIO: ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar otros tipos de ingresos? Sí No

Si no ve su tipo de ingresos en la lista de abajo, escríbalo en los espacios “otros” en la parte inferior.

Si respondió Sí, deberá completar la información de abajo para cada persona de su grupo familiar que tenga otros ingresos:

Si respondió NO, pase a la sección 9b.

Sus otros ingresos:

Otro tipo de ingresos que recibe	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha prevista de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

Otros ingresos del tutor/cónyuge:

Tutor/cónyuge Otro tipo de ingresos	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				

“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos del menor (No incluya la manutención infantil contemplada en la Sec. 8)	Nombre del menor:				
Otros tipos de ingresos del menor	Marque si recibe	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

Sección 9b: Activos (recursos, pertenencias, objetos de valor, etc.)

Si sus activos contables tienen un valor superior a \$1,000,000, es posible que no sea elegible para el programa de CCCAP.

(OBLIGATORIO): ¿Tiene usted, o el tutor/su cónyuge, algún recurso líquido? Sí No

Los recursos líquidos son activos monetarios que pueden incluir (entre otros): dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, o pagos de sumas globales no recurrentes, etc.

Si respondió NO, conteste la siguiente pregunta sobre los recursos no líquidos.

Si respondió SÍ, debe indicar la cantidad de sus recursos líquidos \$ _____

(OBLIGATORIO): ¿Tiene usted, o el tutor/su cónyuge, algún recurso no líquido? Sí No

Los recursos no líquidos son activos no monetarios que pueden incluir (entre otros): automóviles con o sin licencia, vehículos recreativos, bienes inmuebles, etc.

Si respondió NO, pase a la sección 10.

Si respondió SÍ, debe indicar el valor actual de sus recursos no líquidos \$ _____

Sección 10: Calendario de empleo/capacitación/escuela/búsqueda de empleo

Complete su calendario previsto. Si hay un tutor/cónyuge, complete los calendarios de ambos. Si tiene más de un trabajo, indique el horario de ambos trabajos.

<i>Ejemplo</i>	<i>Lunes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Martes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Miércoles</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Jueves</i> 8:00 a. m. - 3:00 p. m.	<i>Viernes</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	<i>Sábado</i> 8:00 a. m. - 12:00 p. m.	<i>Domingo</i> 8:00 a. m. - 5:00 p. m.
SU HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							
HORARIO DEL TUTOR/CÓNYUGE	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							

Si su horario varía, explique:

Sección 11: Horario actual de cuidado de los menores (OBLIGATORIO)

Complete una fila por cada menor que necesite cuidado. No lo complete para los menores que no necesiten cuidado. Si hay cambios en el horario de cuidado de su hijo, **DEBE** informar a su especialista del CCCAP. Si necesita ayuda para identificar un proveedor, visite www.coloradoshines.com o llame al 877-338-2273.

Nombre del menor	Menor en la escuela (de kínder a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Horario del menor: Indique la <u>cantidad prevista de horas</u> de cuidado que necesita al día. Si tiene un horario no tradicional, indique las horas exactas en que se necesite cuidado. Esta información es necesaria para que sepamos cuántas horas necesita que cubra el CCCAP.							
			Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

Si respondió Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: ___ / ___ / ___

¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start? Sí No Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?

Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

Nombre del menor	Menor en la escuela (de kínder a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

Si respondió Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: ___ / ___ / ___

¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start? Sí No Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?

Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

Nombre del menor	Menor en la escuela (de kínder a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? **(OBLIGATORIO)** Sí No

Si respondió Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? **(OBLIGATORIO)** Sí No

Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: ___ / ___ / ___

¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start? Sí No Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?
 Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

Nombre del menor	Menor en la escuela (de kínder a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

¿Es un nuevo proveedor? **(OBLIGATORIO)** Sí No

Si respondió Sí, ¿se ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? **(OBLIGATORIO)** Sí No

Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio: ___ / ___ / ___

¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start? Sí No Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?
 Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ___ / ___ / ___ Finalización: ___ / ___ / ___

Aviso y reconocimiento de intercambio de datos

Al firmar este documento, reconozco y acepto que para participar y recibir beneficios y servicios a través del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado ("CCCAP", por sus siglas en inglés), es posible que el Departamento de Servicios Humanos de mi condado local (el "Condado") y el Departamento de Primera Infancia de Colorado ("CDEC", por sus siglas en inglés) necesiten compartir información sobre mí con cualquiera de las entidades enumeradas a continuación:

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluyendo cualquier entidad directamente involucrada en la administración o prestación de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluyendo, pero no limitado a, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Además, reconozco y acepto que el Condado y el CDEC pueden requerir información y documentación de las entidades enumeradas a continuación para procesar mi solicitud del CCCAP, para volver a determinar mi elegibilidad o para gestionar de otro modo mis servicios relacionados con el CCCAP. Al firmar este documento, autorizo a las entidades enumeradas a continuación a divulgar información sobre mí al Condado y al CDEC con el fin de participar y recibir beneficios y servicios a través del CCCAP:

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar,
- Cualquier empleador para el que actualmente trabaje o haya trabajado,
- Cualquier documentación presentada para trabajar por cuenta propia,
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda estar asistiendo,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluyendo cualquier entidad directamente involucrada en la administración o prestación de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluyendo, pero no limitado a, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE
CUIDADO INFANTIL PARA PERSONAS DE BAJOS
INGRESOS

Como destinatario de los beneficios del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), me comprometo a lo siguiente:

1. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil por escrito en un plazo de diez (10) días si el total de los ingresos de mi grupo familiar supera el 85 % de los Ingresos Medios del Estado (SMI) e informar en un plazo de cuatro (4) semanas de cualquier cambio en la actividad que hace que califique. Entiendo que también debo presentar una verificación de estos cambios y que tendré que devolver cualquier beneficio que haya recibido y para el cual no era elegible. Las cantidades de los ingresos según el tamaño del grupo familiar se pueden encontrar en cdec.colorado.gov.
2. Completar el proceso de redeterminación, incluida la entrega de un paquete de redeterminación completo y toda verificación requerida, cuando sea necesario, para mantener mis beneficios del CCCAP.
3. Proporcionar a mi coordinador de cuidado infantil los registros de vacunación de mis hijos si aún no están en edad escolar y si el cuidado lo proporciona un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado no relacionado fuera de mi casa.
4. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado. De no hacerlo, el condado podría no pagar por mi cuidado infantil.
5. Utilizar el Sistema de Seguimiento de la Asistencia (ATS) aprobado por el estado, como se ha diseñado, para registrar la entrada y la salida de mis hijos de la guardería en los días en que asistan. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención de ATS aprobada por el estado, registraré la entrada y la salida de mis hijos según las instrucciones de mi coordinador o proveedor de cuidado infantil.
6. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia con mi proveedor de cuidado infantil ni con ninguna otra persona y notificar a mi coordinador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado pide esta información.
7. Pagar a mi proveedor de cuidado infantil la tarifa para padres que figura en mi notificación de autorización de cuidado de niños en el mes en que se reciba el cuidado.
8. Si mi caso del CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que yo proporcione la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado reciba la verificación. También comprendo que seré responsable del pago durante la interrupción del servicio.

Como destinatario de los beneficios del CCCAP, reconozco lo siguiente:

1. Si yo, o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado infantil, estoy/está empleado por cuenta propia, yo/nosotros debemos mantener ingresos promedio que excedan los gastos del negocio y estoy de acuerdo en llevar un registro y presentar una verificación de los ingresos, los gastos, el horario de trabajo y la necesidad de cuidado para ayudar en la determinación de mi elegibilidad.
2. Si el cuidado infantil se proporciona para una actividad laboral o de empleo por cuenta propia, el salario bruto sujeto a impuestos dividido entre la cantidad de horas trabajadas debe ser igual a, por lo menos, el salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo cuidado infantil. Si un proyecto de empleo por cuenta propia tiene menos de doce (12) meses y no estoy ganando el salario mínimo, se lo comunicaré a mi coordinador de cuidado infantil para poder utilizar el Período de Lanzamiento de Empleo por Cuenta Propia (Self-Employment Launch Period).
3. Mi tarifa está basada en los ingresos contables del grupo familiar, el tamaño del grupo familiar y la cantidad de

menores que necesitan cuidado, y está sujeta a cambios. Me informarán de mi nueva tarifa en el momento de la solicitud o de la redeterminación; o cuando haya una reducción o un incremento en la tarifa para padres de mi grupo familiar.

4. Si no pago mi tarifa o no hago un acuerdo de pago aceptable con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia con el cuidado con otro proveedor ni por medio de ningún otro condado.
5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil hemos dado intencionalmente información falsa por acción u omisión, los menores de mi grupo familiar no podrán recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera infracción. Este delito está sujeto a procesamiento judicial en virtud de las leyes federales y estatales.

DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

Deberá presentar la siguiente documentación con este formulario:

SI SU DIRECCIÓN HA CAMBIADO, DEBE INCLUIR UNA VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA, LO QUE PUEDE INCLUIR UNO DE LOS SIGUIENTES:

- Un contrato de alquiler
- Una factura de servicios públicos
- El estado de cuenta de la hipoteca
- Un recibo de sueldo en el que figure su dirección

SI USTED U OTRO CUIDADOR EN SU CASO SON EMPLEADOS O TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA, DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- En el caso de los trabajadores por cuenta propia, un libro de contabilidad del negocio y copias de las ganancias totales del negocio, los gastos comerciales de los últimos treinta (30) días y el horario de trabajo previsto (tenga en cuenta que para seguir siendo elegible debe generar ganancias y debe cumplir con el salario mínimo federal actual).
- Verificación de los ingresos y de su horario de trabajo (su horario de trabajo solo se requiere si usted solicita servicios de cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana). Debe adjuntar copias de los **recibos de sueldo de los últimos treinta (30) días** de todos los miembros del grupo familiar. Tenga en cuenta que debe cumplir con el salario mínimo federal actual para seguir siendo elegible.

Si acaba de empezar un nuevo trabajo, debe proporcionar una copia completa de la carta de verificación de empleo que incluya: su fecha de inicio, su salario, su horario (si solicita servicios de cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana), la cantidad de horas/días que trabaja por semana, la frecuencia con la que se le pagará y la fecha de su primer recibo de sueldo.

SI USTED U OTRO CUIDADOR EN SU CASO REALIZA UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN/FORMACIÓN, DEBERÁ INCLUIR LO SIGUIENTE:

Una carta de la institución de educación/formación que confirme su inscripción. Esto puede incluir una verificación que:

1. Identifique el programa en el que está inscrito.
2. Identifique cuándo se espera que complete el programa.
3. Incluya las fechas de inicio y fin del trimestre, el semestre o la sesión.
4. Incluya los días/horas de clase (si se solicitan servicios de cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana).
5. Incluya el número de créditos.

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) en el departamento de servicios sociales y humanos de su condado.

Lista de comprobación de finalización:

	Completó la redeterminación		Adjuntó los recibos de sueldo requeridos		Adjuntó una carta de verificación de empleo (si es un nuevo empleo)
	Firmó y fechó la redeterminación		Adjuntó toda la información sobre capacitación		Adjuntó la verificación de otros ingresos
	Adjuntó el horario de trabajo o de educación/formación (si se solicitan servicios de cuidado por la tarde, por la noche o los fines de semana)		Adjuntó toda la información sobre educación		Adjuntó la verificación de residencia (si su dirección ha cambiado)

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información de este formulario es correcta. Comprendo que no informar de los cambios o dar información errónea puede dar lugar a la recuperación o a la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir ayuda con mis gastos de cuidado infantil.

Firma del cuidador adulto principal

Teléfono durante el día

Fecha

Firma del cuidador adulto principal

Teléfono durante el día

Fecha

RECORDATORIOS IMPORTANTES:

Si se descubre que una persona ha dado, intencionalmente, información falsa por acción u omisión, no podrá obtener asistencia para el cuidado infantil en Colorado durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción. Este delito está sujeto a proceso judicial en virtud de las leyes federales y estatales.

Debe informar por escrito de cualquier cambio en sus ingresos en un plazo de diez (10) días calendario a partir del cambio cuando el total supere el ochenta y cinco por ciento (85 %) de los Ingresos Medios del Estado. También debe informar por escrito, en un plazo de cuatro (4) semanas calendario, si deja de hacer la actividad elegible.

Se puede obtener un formulario de Cambio de elegibilidad (Change of Eligibility) en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado en el departamento de servicios sociales y humanos de su condado.

Hasta que lo aprueben para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted será responsable del costo del cuidado de niños. Pida más información a su coordinador de elegibilidad.

Una vez que lo aprueben para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted será responsable de pagarle a su proveedor las tarifas para padres (si corresponde). Pida más información a su coordinador de elegibilidad.

Para seguir siendo elegible para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil, usted es responsable de proporcionar toda la información requerida para completar su redeterminación. Pida más información a su coordinador de elegibilidad.

Se puede obtener un formulario de Cambio de elegibilidad (Change of Eligibility) en el Programa de Asistencia para el Cuidado

DERECHO A APELAR Y A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con una medida adoptada en relación con los beneficios de cuidado infantil, usted tiene los siguientes derechos:

- Recurrir a una reunión a nivel local para la resolución de disputas, que se deberá solicitar antes de la fecha de entrada en vigor de la medida propuesta.
- Si no está satisfecho con el resultado de la reunión local para la resolución de disputas, puede solicitar una audiencia imparcial a nivel estatal ante un juez de derecho administrativo, si la solicitud de audiencia por escrito se envía por correo o se entrega en la Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts) a más tardar 10 días después de que el condado haya enviado por correo o entregado la decisión de la reunión a nivel local.
- Si no quiere tener una reunión a nivel local o del condado para resolver su disputa, puede solicitar una audiencia a nivel estatal ante un juez de derecho administrativo, si el problema se puede apelar y si su solicitud por escrito se envía por correo o se entrega en la Oficina de Tribunales Administrativos a más tardar 90 días calendario desde la fecha de la notificación.
- Puede solicitar una revisión judicial de la decisión final de la agencia después de la audiencia imparcial a nivel estatal en el tribunal de distrito, tras agotar todos los derechos de apelación administrativa.
- Si había estado recibiendo asistencia para el cuidado infantil, puede solicitar la continuación de la asistencia hasta que la disputa se resuelva o hasta que la agencia tome una decisión final, si la reunión local o la audiencia a nivel estatal se piden antes de la fecha de entrada en vigor de la medida propuesta que se esté apelando. Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar cobrar u obtener un reembolso de todos los beneficios que usted haya recibido y para los cuales no era elegible.

Si solicita una reunión local, el condado la programará. En su reunión, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Las personas que revisen su caso no serán las mismas que las personas responsables de la medida que se disputa. Le recomendamos que, antes de que decida solicitar una reunión local para la resolución de disputas, hable con el coordinador de cuidado infantil de su condado y con el supervisor del coordinador. Con frecuencia, sus preguntas y preocupaciones se pueden resolver hablando con el personal del condado responsable de realizar cambios en sus subsidios para el cuidado infantil.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial a nivel estatal, debe enviar la solicitud a:

**Office of Administrative Courts
1525 Sherman St.
4th Floor
Denver, Colorado 80203**

- En la carta, debe indicar que quiere apelar la resolución del condado y el motivo por el cual quiere apelarla. Si necesita ayuda para hacer esto, puede pedírsela a cualquier persona, hablar con una oficina de asesoramiento legal o con un abogado, o pedirle al coordinador de cuidado infantil que lo ayude.
- Cuando su carta se reciba, usted recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos en la que se explicará lo que se hará y se indicará la fecha de la audiencia de apelación. También se explicará quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonios y demás información sobre la audiencia.
- A lo largo del proceso de apelación, usted tiene derecho a que lo represente o lo asista un abogado, un pariente, un amigo o una persona de su elección que hable en su nombre.

Discriminación

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, sexo, edad, religión, creencia política, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja a:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health & Human
Services 1961 Stout Street
Room 08-148
Denver, CO 80294

Customer Response Center: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697

Email: ocrmail@hhs.gov

Guarde esta página como referencia.



Verification of Employment

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

Participant Section

Name: _____ Date: _____ CCAP Case #: _____

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 participant or directly to Denver Human Services by mail, fax, or email.

Business Information

Name of Business: _____

Business Address: _____

Hiring Information

First Day of Employment: _____ First Check Date: _____

Wages

Number of Hours Worked per Week: _____ Rate of Pay: _____

How often paid: _____ Monthly Gross Wages: _____

Taxes Withheld: Yes/No

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

If so, how often: _____ How Much: _____

Schedule

Nontraditional hours are weekday nights and evenings between 6 PM and 6:30 AM and any time on weekends.

Is this employee scheduled to work nontraditional hours: Yes/No

If yes, please include a copy of employee's work schedule with this form.

Information of Person Completing this Form:

Print Name

Title

Phone number or Email Address

Signature

Date



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 Name/District: _____

Child Name: _____

School Name/District: _____

Child Name: _____

School Name/District: _____

Child Name: _____

School Name/District: _____

Child Name: _____

School Name/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.

Participant name (printed): _____ Case number: _____

Signature: _____ Date: _____



DENVER HUMAN SERVICES ELECTRONIC COMMUNICATIONS PERMISSION FORM

We'd love to keep in touch with you!

If you're like us, ~~text messages~~ and emails are often easier to receive than phone calls or mail. This form allows you to opt in or out of ~~text message~~ and/or email communications from Denver Human Services. Read this whole form before you opt in, and don't forget the fine print. We want all of our communication with you to be as safe and secure as possible.*

SOME HELPFUL INFORMATION ABOUT EMAIL AND TEXT MESSAGES:

- a. Denver Human Services will never request or deliver Personal Identifiable Information (PII) or Protected Health information (PHI) through ~~text messages~~.
- b. Denver Human Services emails containing PII and/or PHI will always be sent encrypted. Clients responding to these emails will be provided with automatic encryption.
- c. You may opt out by revoking your consent in writing to DHS at any point.
- d. Denver Human Services is not liable for breaches of confidentiality caused by you or any third party.

It is your responsibility to follow up and/or schedule an appointment if warranted.

OPT IN: Please select the electronic communications you would like to receive. If the check box is left blank you will not receive this type of communication.

Emails:

- Emails related to the services I am receiving from Denver Human Services.
- Email messages about free events and resources from Denver Human Services.

Email address to receive email messages: _____

OPT OUT:

- I do not wish to receive any email or ~~text communication~~ from Denver Human Services.

CLIENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT:

I acknowledge I have read and fully understand this consent form. I understand the risks outlined above and consent to the conditions outlined above. In addition, I understand charges may be imposed by service providers. Denver Human Services is not responsible for these charges.

Client Name: _____

Client Signature: _____ Date: _____

CONDITIONS FOR THE USE OF EMAIL AND ~~TEXT MESSAGES:~~

Denver Human Services will use reasonable means to protect the security and confidentiality of text messaging information sent and received; however, due to the risks outlined below we cannot guarantee the confidentiality and security of text messages and emails. Therefore, clients need to specifically grant permission for the use of email and ~~text messaging~~.

Denver Human Services
1200 Federal Blvd. | Denver, CO 80204
www.denvergov.org/humanservices
General Assistance: 720-944-4DHS (4347) | Report Child Abuse: 1-844-CO-4-KIDS



***SOME OF THE RISKS ASSOCIATED TO THE USE OF EMAIL AND TEXT MESSAGES:**

- a. Email and text messages can be circulated, forwarded, or stored in electronic files.
- b. Email and text message senders can easily misaddress an email or text and send the information to an undesired/unintended recipient.
- c. Email and text messages can be intercepted, altered, forward, or used without authorization or detection.
- d. Email and text messaging may not be secure, and therefore it is possible that a third party may breach the confidentiality of such communications.
- e. Backup copies of emails and text messages may exist even after the sender and/or recipient has deleted his or her copy.
- f. Emails and text messages can be used as evidence in court.
- g. Emails and text messages can be lost in transmission.



Verification of County Residency

The Child Care Assistance Program requires that participants verify that they live in the county in which they are applying for assistance by providing 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 pieces of mail in your own name, please have the person with whom you live complete the below form.

I, _____ (name of person with whom participant is staying) verify that
_____ (name of participant) 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

Departamento de Servicios Humanos de Denver

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y / O PERSONAL DE SALUD SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

USOS Y REVELACIONES:

El Departamento de Servicios Humanos de puede usar o divulgar su información médica protegida para los siguientes usos:

Para tratamiento: Podemos utilizar la información personal sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos.

Para pago: Podemos usar y divulgar su información médica personal sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe a través de DDHS puedan ser facturados y el pago cobrados a usted, una compañía de seguros o una compañía de seguros de terceros.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y compartir su información médica para las operaciones necesarias para asegurar que nuestros clientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos compartir su información personal de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de su cuidado.

Comunicaciones Futuras: Es posible que usemos su información médica para enviarle información sobre programas de salud y opciones de cuidado de la salud, así como proporcionarle recordatorios de citas.

Requisitos Legales: Vamos a compartir información personal de salud para prevenir la amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos compartir su información médica para fines de investigación. Todos los proyectos de investigación deben ser aprobados, y el proyecto debe mantener su información confidencial.

Salud Pública: Podemos compartir su información médica con agencias de salud pública para prevenir o controlar la propagación de enfermedades.

Actividades de supervisión de salud: Podemos compartir su información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones e inspecciones.

Demandas y Disputas: Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa válida.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: De acuerdo con la ley aplicable, podemos compartir su información de salud a un médico forense, examinador médico, por director de la funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Otros usos o divulgación de su información de salud se harán sólo con su autorización por escrito.

SUS DERECHOS

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud personal :

Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos cómo usamos o divulgamos su información para operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito y expresar la restricción específica solicitada. Vamos a tratar de cumplir con su solicitud, pero no estamos obligados a aceptar una restricción. Por favor, consulte la información de contacto al final de este aviso.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de información. Por ejemplo,

si usted cree que sería perjudicado si enviamos información a su dirección postal actual (por ejemplo, en situaciones de conflictos internos o la violencia), puede solicitar que le enviemos la información por medios alternativos (por ejemplo, por teléfono) oa una dirección alternativa. Daremos cabida a una solicitud razonable si el método normal o divulgación pudiera poner en peligro a usted ya usted afirmar que en su solicitud. Cualquier solicitud debe hacerse por escrito

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que mantenemos sobre usted en su archivo designado. Un "conjunto de registros designado" es un grupo de registros que pueden incluir inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y casos o registros de administración médica. Sin

embargo, usted no tiene derecho a acceder a ciertos tipos de información, como notas de psicoterapia e información recopilada durante los procedimientos judiciales. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito y podemos ofrecerle un derecho a que se revise la denegación.

Usted tiene derecho a pedirnos que corrijamos la información que tenemos sobre usted en su archivo designado (como se define más arriba). Su petición debe ser hecha por escrito y usted debe proporcionar una razón para la solicitud. Si estamos de acuerdo con su solicitud, vamos a modificar nuestros registros en consecuencia. También proporcionaremos la enmienda a cualquier persona que sabemos que ha recibido su información médica de nosotros, y para otras personas identificadas por usted. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito de la razón de la negación. Las razones pueden incluir que la información no fue creada por nosotros, no es parte de los archivos designados, no es información que está disponible para su inspección, o que la información sea exacta y completa.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud personal. Según la ley, su información personal de salud puede ser utilizada y compartida por razones particulares, como hacer que los médicos dar una buena atención, haciendo hogares de ancianos estén limpias y seguras, reportando los brotes de gripe en su área, o hacer informes obligatorios a la policía, tales como informar heridas de bala. En muchos casos, usted puede pedir y obtener una lista de los que su información de salud ha sido compartida por estas razones. Por favor, haz solicitudes al amanecer Oficial de Privacidad, Servicios Humanos de Denver. **Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso a petición en cualquier momento.**

QUEJAS

Si usted cree que su información se utiliza o comparte de una manera que no está permitido bajo la ley de privacidad, o si usted no estaba en condiciones de ejercer sus derechos, puede presentar una queja por la presentación de una solicitud por escrito al amanecer Oficial de Privacidad, Departamento de Servicios Humanos. Usted también puede presentar una queja con el gobierno de Estados Unidos, contacta el siguiente sitio web www.hhs.gov/ocr/hipaa/.

Usted no será penalizado por presentar una queja

RESPONSABILIDADES del Departamento de Servicios Humanos

Servicios Humanos de Denver se compromete a proteger la privacidad de la información médica mantenida por nuestras divisiones y programas. En este aviso, los términos de su "información médica" o su "información de salud" significa información personal que lo identifique y que se relaciona con su pasado, presente o futuro física o la salud mental; la prestación de servicios de atención médica a usted; o el pago de servicios de atención médica que usted recibe. Los términos "nosotros", "nos" y "nuestro" en este aviso se refiere a Servicios Humanos de Denver.

Este aviso explica cómo usamos su información de salud y cuándo podemos compartir esa información con otros. También le informa de sus derechos con respecto a su información médica y cómo puede ejercer esos derechos. Tenemos la obligación de seguir los términos de este aviso hasta que se sustituya el aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer efectivo el nuevo aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Una vez revisado, le proporcionará una copia de la nueva notificación.

Si tiene preguntas sobre este aviso por favor póngase en contacto con:

Jason Vert
Oficial de Privacidad
Departamento de Servicios Humanos
1200 Federal Boulevard – 4th Floor
Denver, Co 80204
(720) 944-2829

Denver Departamento de Servicios Humanos cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Formulario de Registración de Votante de Colorado Rellene todos los campos marcados con un asterisco (*)

Eligibilidad **1** * Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No **si contesto "No", no complete est formulario.**

Nombre **2** _____
* Apellido * Primer Nombre Segundo Nombre Sufijo

Identificación **3** Recuerde escribir su fecha de nacimiento abajo.
Provee su fecha de nacimiento y marca una de las cajas.

Tengo una Licencia de Conducir de CO válida o Tarjeta de ID. **Escribir dicho Número aquí:** _____ - _____ - _____

No tengo una Licencia de Conducir de CO o Tarjeta de ID. **Escribir los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social aquí:** X X X - X X - _____

No tengo una Licencia de Conducir de CO, Tarjeta de ID, o Número de Seguro Social.

*MM *DD *YYYY

La dirección donde usted vive **4** _____
* Dirección (no Apartados Postales) Número de Unidad * Ciudad o Pueblo

CO _____
Estado * Código Postal Condado de Colorado

Estoy sin vivienda. Esta es una locación a la cual regreso regularmente. También he proveído una dirección de correo postal en la sección 5.

La dirección donde usted recibe correo postal **5** Igual que arriba _____
Dirección

Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

La dirección para enviar la boleta **6** Igual que arriba _____
Dirección

Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

El Condado le enviara su boleta aquí hasta que usted diga de otra manera.

Afiliación política **7a** Me gustaría ser un miembro del siguiente partido político:
 American Constitution Approval Voting Democratic Green Libertarian Republican Unity


Elija solo 7a o 7b

7b Me gustaría ser sin afiliación, pero quiero recibir la boleta del siguiente partido en las próximas elecciones primarias:
 Las boletas de todos los partidos principales American Constitution Approval Voting Democratic
 Green Libertarian Republican Unity

¿Actualizando un registro actual? **8** No estoy actualizando un expediente Ya no estoy en el extranjero Ya no estoy ausente de Colorado debido al servicio militar

Dirección de domicilio anterior Nombre legal anterior

Dirección de correo postal anterior Afiliación Política Anterior

Declaración **9**  **Advertencia:** 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 de Colorado por lo menos durante 22 días inmediatamente antes de una elección en la cual intento votar; y yo tengo por lo menos dieciséis años de edad; y entiendo que debo tener por lo menos diecisiete años y cumpliendo dieciocho años de edad en o antes de la fecha de la próxima elección general para ser elegible para votar en una elección primaria, y por lo menos dieciocho años para ser elegible para votar en cualquier otra elección. Además, yo afirmo que la dirección que yo he proveído es mi único lugar de residencia legal. Certifico bajo pena de perjurio que la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera a mi leal saber y entender; y que no he ni voy a emitir más que una boleta en cualquier elección.

* Firma o marca * Fecha Firma del testigo Fecha

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

Información Opcional **10** _____
Número de teléfono con código de área Identidad de género Quisiera ser un juez electoral

Quiero recibir información electoral por correo electrónico: (No recibirá una boleta por correo electrónico) _____
Correo electrónico

Información acerca de esta registración

¿Cómo entrego este formulario?

Firme el formulario. Luego, envíe por correo, entregue o escanee el formulario firmado y envíelo por correo electrónico al secretario y registrador de su condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.VayaVotarColorado.com.

También puede enviar el formulario a:

Colorado Department of State
Elections Division
1700 Broadway, Suite 200
Denver, CO 80290

¿Soy elegible para registrarme para votar?

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos,
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 17 años para votar en una elección primaria si cumplirá 18 años de edad o mayor en o antes de la fecha de la próxima elección general.
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 18 años de edad para poder votar en cualquier otra elección
- Es un residente de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted intenta votar.
- Actualmente no está sirviendo un término de encarcelamiento por una condena por delito mayor.

Si no sé el número de mi licencia de conducir o de identificación de Colorado, ¿puedo proporcionar mi Número de Seguro Social en su lugar?

No. Si usted tiene una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado emitida por el Departamento de Hacienda de Colorado, usted debe proporcionar dicho número.

Si no tengo una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado, ¿todavía puedo registrarme para votar?

Sí. Un solicitante quien está calificado para votar en este estado, pero no tiene una licencia de conducir, tarjeta de identificación, o el número de seguro social, puede aún registrarse para votar. En tales casos, la persona puede ser obligada a proveer una forma de identificación aceptable. Una lista de formas de identificaciones aceptables se encuentra en <http://VayaVotarColorado.com>.

¿Cómo sabré si mi registración se procesó?

Si se está registrando para votar por primera vez en el estado de Colorado, su aplicación será procesado dentro de 2 semanas. Aproximadamente 20 días después de que el secretario y registrador de su condado reciba su formulario de registración, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo.

Si usted está usando este formulario para actualizar un registro actual, puede revisar su estado visitando <http://VayaVotarColorado.com> y haciendo clic en "Encontrar Mi Registro de Votante."

Si usted está pre-registrándose para votar, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo y podrá revisar el estado una vez que sea elegible para votar.

Otras preguntas frecuentes sobre el registro y la votación

¿Necesitaré identificación para votar?

Si usted esta votando por correo por primera vez, es posible que tenga que proporcionar una fotocopia de su identificación.

Una lista completa de las formas de identificación aceptables se puede encontrar en www.vayavotarcolorado.com.

¿Cómo puedo recibir una boleta por correo?

Si usted se registra para votar por lo menos ocho días antes de una elección llevado a cabo por el secretario y registrador de su condado, el secretario automáticamente le enviara una boleta por correo. Si usted se registra después del octavo día antes de una elección, usted debe visitar uno de los Centros de Votación en su condado para recibir una boleta.

¿Podré registrarme para votar si he sido detenido o se me ha condenado de un delito?

Sí, si usted

- Está en libertad condicional por un delito o crimen menor;
- Es un detenido previo al juicio, en espera del juicio;
- Está actualmente en la cárcel, sirviendo una sentencia de un delito menor solamente; O
- Ya no está sirviendo un término de encarcelamiento debido a una condena por delito mayor.

Si estuvo registrado anteriormente y estuvo encarcelado debido a una condena por delito mayor, esa registración se habrá cancelado y debe volver a registrarse si desea votar.

¿Qué información recibiré por correo electrónico?

Al elegir a recibir la información electoral por correo electrónico, usted podrá recibir información sobre las actividades de elecciones próximas y otra correspondencia por correo electrónico de parte del Secretario y Registrador de su Condado. Pero boletas y algunos correos serán enviados por correo. Bajo la ley de Colorado, su dirección de correo electrónico está protegida. No se compartirá con nadie.

¿Será mi información disponible públicamente?

Alguna de la información que usted provee en este formulario es información publica como requerido por ley. Su número de seguro social, numero de licencia de conducir, mes y día de nacimiento, firma, y correo electrónico son confidencial. Usted podrá ser elegible para mantener más de su información de votante privado. Para detalles contacte al secretario y registrador de su condado.

¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas?

Comuníquese con su secretario y registrador de condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.VayaVotarColorado.com.

Usted también puede comunicarse con la oficina del Secretario de Estado:

Teléfono: 303-894-2200

Fax: 303-869-4861

Correo electrónico: State.ElectionDivision@sos.state.co.us

Información para votantes sin afiliación

Soy registrado como sin afiliación. ¿Podré votar en la elección primaria?

Sí. Votantes sin afiliación son elegibles para votar en la elección primaria de cualquier partido, solo que podrán votar la boleta de un solo partido.

¿Necesito escoger de adelantado la boleta del partido que quiero votar?

No, pero puede si quiere. Tiene varias opciones:

1. Puede escoger la boleta del partido que quiere recibir por correo para la próxima elección primaria marcando la casilla junto al partido en la sección 7b de este formulario; o
2. Si prefiere recibir un paquete conteniendo las boletas de todos los partidos Demócrata y Republicana, marque "Las boletas de todos los partidos principales" en la sección 7b de este formulario. Si marca " Las boletas de todos los partidos principales " en la sección 7b de este formulario, recuerde que debe elegir qué boleta votar. Solo vote y devuelva la boleta de uno de los partidos.
3. También puede votar en persona en cualquier Centro de Votación en su condado y escoger la boleta del partido que quiere votar.

¿Seleccionar una preferencia en la sección 7b significa que estoy uniéndome con ese partido?

No. Un votante sin afiliación quien selecciona una preferencia de boleta en la sección 7b se mantendrá sin afiliación.

¿Puedo participar en la reunión de caucus de un partido si estoy sin afiliación?

No. Para participar en la reunión de caucus de un partido usted deber unirse al partido antes del caucus del partido. Sin embargo, usted todavía esta elegible para votar en la elección primaria de cualquier partido participante.