

Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinada por: Cuidador <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
-------------------------------------	---	-----------------

Solicitud de participación en el programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado (CCCAP)

- **El cumplimiento de esta solicitud no garantiza que el solicitante recibirá asistencia infantil.**
- Como condición previa para recibir asistencia infantil, deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad.
- Incluya todos los datos solicitados.
- Cualquier dato faltante demorará el trámite de la solicitud.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres aun si vive con ellos.

Sección 1: información del grupo familiar					
Fecha de hoy: ____/____/____		Si usted no es el padre o la madre de los niños a favor de quienes presenta la solicitud, indique si usted es el cuidador adulto principal en el hogar: Indique si hay otros cuidadores adultos en el hogar:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del cuidador adulto principal en el hogar:			Nombre del cuidador adulto principal en el hogar:		Inicial del segundo nombre:
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"/> Vivienda transitoria (explique)		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: ____/____/____		
			Fecha anticipada de su fin: ____/____/____		
Dirección de casa:			Domicilio postal: <input type="checkbox"/> Igual que el de casa		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Ciudad:	
				Estado:	
				Código postal:	
Condado:			Idioma principal que se habla en casa:		
Llene al menos uno de los recuadros con información de contacto	Teléfono principal: ()		Teléfono secundario: ()		Dirección de correo electrónico:
	Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo		Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo		

Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinada por: Cuidador <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
-------------------------------------	---	-----------------

Solicitud de participación en el programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado (CCCAP)

- **El cumplimiento de esta solicitud no garantiza que el solicitante recibirá asistencia infantil.**
- Como condición previa para recibir asistencia infantil, deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad.
- Incluya todos los datos solicitados.
- Cualquier dato faltante demorará el trámite de la solicitud.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres aun si vive con ellos.

¿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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia alimentaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión por vejez		
Otra opción (describala): _____		

Sección 2: información del cuidador principal en el hogar

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otro título _____	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge		
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda	<input type="checkbox"/> Divorciado	

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 3: cuidador adulto adicional en el hogar o cónyuge

El cuidador adulto adicional en el hogar es quien se encarga de la asistencia financiera y contribuye al cuidado del

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:					
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda <input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 4: información del niño. Complete esta sección por cada niño que vive en el hogar.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:		

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica	
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ____/____/_____ Fin: ____/____/_____	

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:		

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:			
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): - -	Fecha de nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
--	--	--	---	---

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica	
¿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: / /	
¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA OTROS NIÑOS SI ES NECESARIO

Página _____ de _____

Sección 5: ingresos laborales y de trabajo autónomo del cuidador principal en el hogar

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por semana	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y comisiones incluidas)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 6: ingresos laborales y de trabajo autónomo del cuidador adulto adicional en el hogar o del cónyuge

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y

					semana		comisiones incluidas)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 7: comprobante de pago del sustento de menores según orden judicial

¿Hace pagos de sustento de menores a favor de algún niño? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la orden judicial y de los pagos es obligatoria.

Nombre del responsable de los pagos	Niño(s) a cargo de	Importe pagado	Frecuencia de los pagos
		\$	
		\$	

Sección 8: sustento de menores ordenado o pagado

¿Hay orden judicial de sustento de menores? ¿Ha recibido tal sustento? Sí No

Nombres de los niños	¿Hay orden judicial de sustento de menores?	¿Se ha recibido el sustento de menores?	Monto del sustento de menores pagado	Frecuencia de los pagos	Nombre del padre o madre 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 9: otros ingresos. Complete los datos de esta sección por cada persona que vive en el hogar.

Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos

Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____
Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos
Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____

Sección 10: detalles educativos y de formación profesional del cuidador adulto/adolescente en el hogar

Indique si usted u otro miembro del grupo familiar participa en actividades académicas o de formación profesional
 Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de tales actividades es obligatoria.

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Sección 11: detalles sobre la discapacidad del cuidador adulto en el hogar**¿Tiene usted u otro cuidador adulto en el hogar alguna discapacidad?** **Sí** **No****En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la discapacidad es obligatoria.**

Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:	
Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:	

Sección 12: calendario laboral/académico/de formación profesional o de búsqueda de trabajo de los cuidadores adultos
 Complete el calendario que anticipa. Si hay dos cuidadores adultos, incluya los calendarios de ambos. Si tiene más de un empleo, incluya los calendarios de todos los empleos. La verificación de esta información es obligatoria.

Ejemplo	Lunes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m.- 3:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m.- 12:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m.- 5:00 p. m.
MI CALENDARIO							
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							
SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							

Sección 13: calendario de los niños que necesitan cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. - 5:00 p. m.

Sección 13: calendario de los niños que necesiten cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. — 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. — 5:00 p. m.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Autorización para dar información

Autorización para dar información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Humanos 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 pública, 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 y Humanos 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 pública, 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) 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.

Certifico/Certificamos que todos los datos de este formulario son correctos a mi/nuestro mejor saber y entender. Si yo o nosotros no informamos de los cambios obligatorios o si damos datos inexactos, entendemos que podrán exigirnos el reembolso de los beneficios de asistencia infantil o que se suspenderán dichos beneficios. Luego de haber leído las condiciones indicadas para recibir asistencia para sufragar el costo de asistencia infantil, estoy de acuerdo con tales condiciones.

• Firma del cuidador adulto principal en el hogar: _____
Fecha: _____

• Firma del otro cuidador adulto en el hogar: _____
Fecha: _____

Gracias por llenar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al programa de asistencia infantil (CCAP) en el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.

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
4th 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