

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 ( <b>obligatorio</b> ) *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?
			<b>YO</b>	<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 <sup>1</sup>
¿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 <sup>2</sup>
¿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:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> "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.

<sup>2</sup> "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 <sup>3</sup>
¿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: <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____						

**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

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

<b>Sección 3: Hay otros programas que pueden beneficiarlos a usted y a su familia.</b>	
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>	
<b>Programas educativos Head Start/Early Head Start:</b> Educación gratuita y de calidad para niños de 0 a 5 años <b>(no están disponibles en todas las comunidades)</b>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

<sup>3</sup> "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><b>Intervención temprana en Colorado:</b> 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><b>Educación Especial de Preescolar:</b> 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><b>Ayuda económica en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Colorado Works:</b> 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><b>Asistencia alimentaria (SNAP):</b> Asistencia para comprar comida</p>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
<p><b>Programa de Alimentación y Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC):</b> 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><b>Asistencia con el seguro médico de Medicaid/CHP+:</b> 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><b>Vale de elección de vivienda o ayuda en efectivo:</b> 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><b>Asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LEAP):</b> 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><b>Asistencia médica para refugiados:</b> Asistencia médica para refugiados</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"/> <b>Estoy discapacitado</b> 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"/> <b>Tiene permiso de ausencia por maternidad</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>En huelga</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>Tiene permiso de ausencia por razones médicas</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>De descanso estacional</b> 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:	<b>Número de créditos (si corresponde):</b>
---	---------------------------	---------------------------------	---

**¿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.**



Título obtenido:

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

### Sección 5: Actividad que hace que el tutor/su cónyuge califique

OBLIGATORIO: ¿Hay un tutor/cónyuge en el grupo familiar? (Si es padre/madre adolescente, no incluya a sus padres)

- Sí                                       No

Si respondió **SÍ**, debe completar las secciones 5a a 5c (REQUIERE VERIFICACIÓN).

Si respondió **NO**, pase a la sección 6.

**Para ser elegible para el programa de CCCAP, necesitamos determinar la actividad que hace que califique el tutor / o cónyuge.. 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.***

**5a. 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 el tutor adicional/cónyuge tiene más de dos trabajos, puede completar páginas adicionales.*

**Trabajando 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"/> <b>Estoy discapacitado</b> 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 ( <b>si corresponde</b> ): _____	<input type="checkbox"/> <b>Tiene permiso de ausencia por maternidad</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>En huelga</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>Tiene permiso de ausencia por razones médicas</b> Fecha de inicio: _____ Fecha prevista de finalización: _____  <input type="checkbox"/> <b>De descanso estacional</b> 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:	<b>Número de créditos (si corresponde):</b>
---	---------------------------	---------------------------------	---

**¿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) <b>antes de los impuestos</b>

**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**

Su condado puede exigirle que solicite manutención infantil si no la recibe actualmente. Hable con su especialista del CCCAP para obtener más información.

**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 <b>(No incluya la manutención infantil contemplada en la Sec. 8)</b>	Nombre del menor:				
<b>Otros tipos de ingresos del menor</b>	<b>Marque si recibe</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>	<b>Cantidad</b>	<b>¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)</b>
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.
<b>SU HORARIO</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							
<b>HORARIO DEL TUTOR/CÓNYUGE</b>	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](http://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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

¿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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Autorización para suministrar información

Autorización para suministrar información

Por medio de la presente, autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del Condado a suministrar información a cualquiera de las entidades que se indican a continuación, en el curso de la administración del programa de servicios sociales. Libero al departamento del condado de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar.
- Cualquier empleador para el que trabaje actualmente o haya trabajado.
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda estar asistiendo.
- Cualquier autoridad de vivienda.
- Cualquier otra información que pueda ser pertinente para solicitar programas de asistencia pública o para recibirlos, incluidos Head Start y Early Head Start.

Autorización para revelar información

Autorizo a las personas, agencias o instituciones indicadas a continuación a suministrar información al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del Condado en relación con mi solicitud para servicios sociales o con su recepción. También permito la inspección y la reproducción de los registros en su posesión relacionados conmigo por parte de cualquier representante autorizado del departamento del condado. Libero a la persona, agencia o institución de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

- Cualquier proveedor de cuidado infantil que yo decida utilizar.
- Cualquier empleador para el que trabaje actualmente o haya trabajado.
- Cualquier documentación presentada para trabajo por cuenta propia.
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda estar asistiendo.
- Cualquier autoridad de vivienda.
- Cualquier otra información que pueda ser pertinente para solicitar programas de asistencia pública o para recibirlos, incluidos Head Start y Early Head Start.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor adicional/cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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 [www.coloradoofficeoffearlychildhood.com](http://www.coloradoofficeoffearlychildhood.com).
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 como parte de la solicitud o en la redeterminación si dicho coordinador no la había recibido previamente, una copia de mi identificación vigente con una foto que se haya tomado en los últimos diez (10) años, emitida por una escuela o por una agencia gubernamental federal o estatal de los Estados Unidos si estoy declarando la identidad de mis hijos debido a que no tienen identificación.
4. 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.
5. 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.
6. Cooperar con la oficina de Servicios de Manutención Infantil en relación con cualquier menor que esté recibiendo cuidado y tenga un padre/madre ausente si mi condado requiere cooperación con los Servicios de Manutención Infantil.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

Revisado en 10/2020

### **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.  
4<sup>th</sup> 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 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 página como referencia.**