



Acuerdo de responsabilidades del cliente

Por favor lea este acuerdo y firme abajo. Si tiene alguna pregunta o necesita una aclaración, por favor pregunte.

1. Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador(a) de cuidado infantil por escrito dentro de los diez (10) días si mi ingreso cambia. Use la siguiente tabla para determinar el tamaño de la familia y los ingresos.

Tamaño del Hogar	2	3	4	5	6	7	8	9
Guía de Ingresos 225%	\$3,585.71	\$4,510.04	\$5,434.38	\$6,358.71	\$7,283.04	\$8,207.38	\$9,131.71	\$10,056.04

- Estoy de acuerdo en informar los cambios en mi actividad elegible calificada dentro de (10) diez días. Entiendo que también debo verificar estos cambios y puedo ser responsable del costo de la guardería/los beneficios que recibí para los cuales no era elegible.
- Acepto que debo completar el proceso de redeterminación cuando sea necesario, incluida toda la verificación requerida.
- Acepto que debo verificar mi actividad elegible. (Proporcionando educación/entrenamiento o horarios de trabajo en la redeterminación y cuando mi actividad cambie.)
- Entiendo que si alguno de los padres de mi hogar trabaja por cuenta propia, yo/nos debo/debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos del negocio y estoy de acuerdo en rastrear y verificar los ingresos, gastos, y potencialmente el horario de trabajo para ayudar en mi determinación de elegibilidad. También entiendo que debo proporcionar documentación del IRS u otra agencia gubernamental para verificar mi estado de trabajo por cuenta propia.
- Entiendo que si se proporciona cuidado infantil para mi actividad laboral, entonces el salario bruto tributable dividido por la cantidad de horas que trabajé equivale al menos al salario mínimo federal actual para poder continuar recibiendo asistencia de cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo en informar todos los ingresos recibidos en el hogar (pagos de manutención infantil, pagos de veteranos, ingresos de la Seguro Social, pensiones y anualidades, ingresos netos por alquiler, regalías, herencias, regalos, premios, beneficios de seguro de desempleo, compensación laboral, etc.).
- Entiendo que se recomienda cooperar con la oficina de cumplimiento de manutención de menores para cualquier niño que necesite una guardería que tenga un padre ausente (sin custodia). Para informar abuso o negligencia infantil, llame al 844-CO-4-KIDS.
- Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador(a) de cuidado infantil por escrito al menos diez (10) días **ANTES de cambiar de proveedor de cuidado infantil**, de lo contrario el condado no pagará por mi cuidado infantil.
- Acepto ser responsable de resolver cualquier problema que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
- Estoy de acuerdo en notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre un posible abuso o negligencia de un niño mientras estoy en el cuidado infantil.
- Entiendo que si firmo un contrato con mi proveedor de cuidado infantil, el contrato es entre mi proveedor de cuidado infantil y yo.
- Estoy de acuerdo en usar el Sistema de seguimiento de asistencia (ATS) para registrar a mi hijo(s) diariamente para las entrada/salidas del cuidado o puedo ser responsable del pago de los costos de cuidado infantil.
 - Estoy de acuerdo en que resolveré cualquier pérdida, denegación y/o errores en el registro/entrada de ATS dentro del período asignado de 9 días y seré responsable del pago al proveedor si no lo hago.
 - Acepto contactar a CDHS envía un correo electrónico a CDEC_ATS_HelpDesk@state.co.us con errores, denegaciones y / o errores para el registro / salida de ATS.
- Estoy de acuerdo en no dejar mi PIN ATS en posesión de mi proveedor de cuidado infantil en ningún momento o puedo ser descalificado del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil de Colorado.
- Entiendo que una persona a quien se le haya dado intencionalmente información falsa, por escritura u omisión, no puede obtener asistencia para el cuidado de niños 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 enjuiciamiento según las leyes federales y estatales.**
- Entiendo que no puedo recibir más de cuarenta y ocho (48) meses de beneficios de cuidado infantil mientras estoy en una universidad (licenciatura o menos) o un programa de entrenamiento en habilidades para el trabajo y no más de un total de doce (12) meses de cuidado infantil. beneficios de cuidado mientras se encuentra en un GED para adultos, diploma de escuela secundaria, inglés como segundo idioma (ESL) u otro programa de habilidades básicas. Entiendo que debo informar y verificar el progreso satisfactorio de mis cursos.



17. Cuota de los padres:

- A. Estoy de acuerdo en pagar la cuota de los padres que figura en el aviso de autorización de cuidado de mi hijo(a) y que se debe pagar al proveedor el primer día de cada mes.
- B. Entiendo que la cuota de mis padres se basa en mis ingresos, el tamaño de la familia y la cantidad de niños que reciben cuidado y que está sujeta a cambios al recibir una notificación previa por escrito del condado.
- C. Entiendo que si no pago esta cuota o hago arreglos de pago aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil al momento de la redeterminación y no podré recibir asistencia con otro proveedor de cuidado infantil y/o a través de ningún otro condado.
- D. Entiendo que el proveedor de cuidado infantil puede rescindir la guardería/los contratos por cualquier cuota no pagada.

18. Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador(a) de cuidado infantil por escrito dentro de (10) días si el ingreso total de mi hogar supera el 85% del Ingreso Mediano Estatal que se indica a continuación:

Tamaño del Hogar	2	3	4	5	6	7	8	Cada persona adicional
85% SMI	\$5,336.19	\$6,591.77	\$7,847.34	\$9,102.92	\$10,358.49	\$10,593.91	\$10,829.33	\$235.42

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en las condiciones arriba para recibir ayuda con mis gastos de cuidado de niños.

Firmas no garantizan la aprobación.

Cliente firma (primaria)

Cliente firma secundaria

Fecha de firma

Nombre IMPRESO del cliente

Nombre IMPRESO del cliente

IMPRESO nombre CCCAP personal firma