



Condado de Adams

Lista de espera de congelación de inscripciones en el programa CCAP

¿Quién es elegible para la lista de espera de congelación de inscripciones de CCAP del condado de Adams?

- Cuidadores adultos y padres adolescentes que residen en el condado de Adams.
- Cuidadores adultos y padres adolescentes que participan en una actividad que califica:
 - Trabajadores por cuenta ajena/por cuenta propia
 - Búsqueda de empleo
 - Educación básica (escuela secundaria, programa de GED, inglés como segundo idioma)
 - Formación (vocacional o técnica)
 - Educación postsecundaria (hasta la primera licenciatura)
- Cuidadores adultos y padres adolescentes con un ingreso bruto total del hogar inferior al ingreso mensual máximo que se describe a continuación para el tamaño de su hogar.

| Tamaño de la familia | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Máximo Mensual Ingresos brutos | \$3,697.50 | \$4,661.25 | \$5,625.00 | \$6,588.75 | \$7,552.50 | \$8,516.25 | \$9,480.00 |

¿Cuál es el proceso y los requisitos de la lista de espera de congelación de inscripciones?

- Los solicitantes deben enviar un cuestionario de preselección completo para su revisión.
- Los cuestionarios de preselección se procesan en el orden en que se reciben.
- Los solicitantes son notificados por correo electrónico si son aprobados o rechazados para la lista de espera de congelación de inscripciones. Los solicitantes aprobados se colocan en la lista de espera de congelación de inscripciones.
- Los hogares en lista de espera solo son elegibles para la inscripción en la lista de espera congelada y no son elegibles para el beneficio de CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben completar una recertificación cada seis meses para determinar la elegibilidad del hogar para permanecer en la lista de espera. Estos se enviarán por correo electrónico a los hogares. Los hogares en lista de espera deben notificar a CCAP si su dirección de correo electrónico cambia, ya que la comunicación y la recertificación se envían por correo electrónico desde CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben visitar el sitio web de CCAP del condado de Adams para obtener actualizaciones del programa, información adicional y recursos.
- Si hay espacio disponible, los hogares elegibles en lista de espera serán contactados por correo electrónico para completar una solicitud.

¿Preguntas? Visite nuestro sitio web en <https://adcogov.org/colorado-child-care-assistance-program-cccapp> o envíe un correo electrónico adamscapparticipants@adcogov.org.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE

Congelación de inscripciones Lista de espera Cuestionario de preselección (PSQ) Todas las secciones destacadas son (*) INFORMACIÓN OBLIGATORIA y deben completarse o la solicitud puede ser denegada.

*Nombre del solicitante (apellido, nombre, ml):

*Fecha:

*Dirección de la casa (dirección, ciudad, estado, código postal):

_____ *Dirección postal (dirección, ciudad, estado, código postal):

_____ *¿No tiene hogar?: Sí No *Dirección de correo electrónico

_____ *Teléfono principal:

Trabajo en el hogar celular * ¿Hay un segundo cuidador adulto en el hogar?: Sí No *En caso afirmativo, se debe incluir información adicional sobre el cuidador. Información del Cuidador *Nombre del Cuidador Adulto Principal:

_____ *Número de Seguro

Social: _____ *Fecha de Nacimiento: _____ *Sexo: Hombre Femenino

*Empleado o trabajador por cuenta propia: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas. Nombre del empleador:

_____ Fecha de inicio: _____

Ingreso mensual bruto: \$ _____ Promedio de horas trabajadas por semana: _____ Si trabaja por cuenta propia, seleccione el tipo: Propietario único 1099

Contratista LLC S-Corp Otro: _____ *Asistiendo a la escuela o capacitación: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de capacitación y la fecha de inicio.

Nombre de la escuela o del programa de capacitación: _____ Fecha de

inicio: _____ *Búsqueda de empleo: Sí No *Discapacitados: Sí No

*Nombre del cuidador adulto adicional:

_____ *Número de Seguro Social:

_____ *Fecha de nacimiento: _____ *Género: Masculino Femenino

*Relación con el cuidador adulto principal: _____

*Empleado o trabajador por cuenta propia: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas. Nombre del empleador:

_____ Fecha de inicio: _____

Ingreso mensual bruto: \$ _____ Promedio de horas trabajadas por semana: _____ Si trabaja por cuenta propia, seleccione el tipo: Propietario único 1099 Contratista LLC

S-Corp Otro: _____ *Asistiendo a la escuela o capacitación: Sí No *En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de capacitación y la fecha de inicio. Nombre de la

escuela o del programa de capacitación: _____ Start Fecha: _____
 _____ *Búsqueda de empleo: Sí No *Discapitados: Sí No Información
 sobre el (los) niño(s) Uno: Necesita atención: Sí No Nombre
 completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de
 seguro social: _____ Género: Masculino Relación de la mujer con el cuidador
 adulto primario _____ en la escuela: Sí No Necesidades especiales: Sí No Niño dos:
 Necesita atención: Sí No Nombre completo: _____ Fecha de
 nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Sexo: Masculino
 Relación de la mujer con el cuidador adulto primario _____ en la escuela: Sí No
 Necesidades especiales: Sí No Niño tres: Necesita atención: Sí No Nombre
 completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de
 seguro social: _____ Sexo: Masculino Relación de la mujer con el cuidador adulto
 primario _____ en la escuela: Sí No Necesidades especiales: Sí No Niño cuatro:
 Necesita atención: Sí No Nombre completo: _____ Fecha de
 nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Sexo: Masculino
 Relación de la mujer con el cuidador adulto primario _____ en la escuela: Sí No
 Necesidades especiales: Sí No Niño cinco: Necesita atención: Sí No Nombre
 completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de
 seguro social: _____ Género: Masculino Relación de la mujer con el cuidador
 adulto primario _____ en la escuela: Sí No Necesidades especiales: Sí No Niño seis:
 Necesita atención: Sí No Nombre completo: _____ Fecha de
 nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Sexo: Masculino
 Relación de la mujer con el cuidador adulto principal _____ en la escuela: Sí No
 Necesidades especiales: Sí No Ingreso adicional *¿Usted o algún otro miembro del hogar recibe
 algún otro tipo de ingreso? Sí No En caso afirmativo, debe informar el tipo de ingreso, el monto y la
 frecuencia con que se recibe (semanal, bimestral, mensual, etc.) Los ejemplos incluyen, entre otros,
 manutención de los hijos, pensión alimenticia, manutención, desempleo, beneficios de jubilación,
 beneficios para veteranos, asignación militar, contribuciones en efectivo, ingresos en especie,
 compensación laboral, intereses sobre ahorros/CD, dividendos sobre acciones/bonos, anualidades,
 seguridad social (discapacidad de sobreviviente, jubilación), seguridad de ingreso suplementario (SSI)
 Tipo de ingreso: _____ Monto \$ _____ Con qué frecuencia se recibe
 _____ Tipo de ingreso: _____ Monto \$ _____ Con qué frecuencia
 se recibe _____ tipo de ingresos: _____ Monto \$ _____ Con qué
 frecuencia se recibe _____ activos *¿Usted o el cuidador adicional tienen recursos líquidos o
 efectivo a mano? Sí No *En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ _____ ¿Usted o el cuidador
 adicional tienen recursos no líquidos o recursos no monetarios? Sí No *En caso afirmativo,
 ¿cuánto? \$ _____ Manutención de Menores Pagada *¿Alguien en su hogar está
 pagando la manutención de menores ordenada por la corte para un niño que no reside en su
 hogar? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto se paga por mes? \$ _____. Al firmar
 este documento, reconozco y acepto que para permanecer en la lista de espera o
 potencialmente participar y recibir beneficios y servicios a través del Programa de Asistencia

para el Cuidado Infantil de Colorado ("CCCAP"), es posible que el Departamento de Servicios Humanos de mi condado local (el "Condado") y el Departamento de Primera Infancia de Colorado ("CDEC") deban compartir información sobre mí con cualquiera de las entidades que se enumeran a continuación:

- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluida cualquier entidad directamente involucrada en la administración o entrega de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado. Además, reconozco y acepto que el Condado y el CDEC pueden requerir información y documentación de las entidades que se enumeran a continuación para procesar mi Redeterminación de la Lista de Espera de Congelación de Inscripción, para determinar mi elegibilidad para la lista de espera o para administrar mis servicios reintegrados por CCCAP.
- Cualquier empleador para el que trabajo actualmente o he trabajado,
- Cualquier documentación presentada para el trabajo por cuenta propia,
- Cualquier escuela o institución de capacitación a la que pueda asistir,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluida cualquier entidad directamente involucrada en la administración o entrega de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Al firmar este documento, autorizo a las entidades enumeradas a continuación a divulgar información sobre mí al Condado y al CDEC para participar y recibir beneficios y servicios a través de CCCAP:

- Cualquier empleador para el que trabajo actualmente o he trabajado,
- Cualquier documentación presentada para el trabajo por cuenta propia,
- Cualquier escuela o institución de capacitación a la que pueda asistir,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluida cualquier entidad directamente involucrada en la administración o entrega de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Al firmar este documento, certifico que la información en este formulario es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que informar incorrectamente la información o no completar el proceso de recertificación de la lista de espera cada seis meses puede resultar en la eliminación de la lista de espera. He leído y acepto las condiciones descritas. *Firma del Cuidador Principal: Firma Adicional del Cuidador: Fecha: Fecha: Gracias por completar este formulario.