



512 29 ½ Rd
Grand Junction, CO 81501

Workforce Development *is* Economic Development
970-248-0871

Fax: 970-255-3613

Querido Aplicante de Asistencia de Cuidado Infantil. (CCAP),

Complete la solicitud **y firmar ambas líneas de firma en la página 20 de la solicitud.** Entrevistas serán echas por teléfono, a menos que se solicite una entrevista en persona. Por favor indique el mejor día y horario para llamarle para la entrevista. Programaremos la entrevista telefónica en cuando todas las verificaciones an sido recibidas.

Utilice esto como una lista de verificación de las verificaciones que necesitaremos para procesar su solicitud:

- Verificación de su dirección (es decir, un contrato de arrendamiento, factura, registro de vehículo o votante, formulario de impuestos, etc.)
- Verificación de otros ingresos, por ejemplo, pagos de manutención de niños, Beneficios para veteranos, Seguro Social, desempleo, etc.)
- Si no tiene un caso de manutención de niños. Puede presentar una nueva aplicación por línea en <https://childsupport.state.co.us/> o por aplicaciones en papel, disponibles en el Workforce Center.
- Si comparte custodia de sus hijos con el otro padre, por favor de entregar el plan de crianza “Parenting Plan” que esta adjuntado, o traiga una copia de la orden judicial.
- Información de guardería (nombre, dirección, número de teléfono) y horario de cuidado para cada niño. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, por favor visite la pagina de BridgeCare en <<https://childcare.mesacountypcf.org>>.
- Verificación para las actividades de cada padre (empleo, auto empleador o escuela)
 - Si está empleado, necesitaremos:**
 - Los últimos 30 días de talones de cheque, O para un nuevo trabajo, verificación de empleo firmada por su empleador (formulario adjunto)
 - Si es usted su Empleador, necesitaremos:**
 - Libros de contabilidad mensuales que muestren los ingresos y gastos de los últimos 30 días.
 - Si es estudiante, necesitaremos:** Una copia de su horario escolar conciso.

Tenga en cuenta que esta lista puede no incluir todas las verificaciones necesarias. Cada caso es diferente y su trabajador de elegibilidad puede solicitar documentación adicional bajo ciertas circunstancias. **No podemos retrasar la atención, por lo tanto, envíe todas las verificaciones con la aplicación para acelerar el tiempo de procesamiento.**

Por favor llame a Daniela Mendez al 970-248-7592 con cualquier pregunta.



512 29 ½ Rd

Workforce Development *is* Economic Development

Fax: 970-255-3613

Limite Federal de Pobreza en el condado de Mesa para cuidado infantil Octubre 1, 2024 – Septiembre 30, 2025	
Numero de familiares	Limite federal de pobreza del 185% para la admission de cuidado infantil del condado de Mesa
2	\$3,151
3	\$3,980
4	\$4,810
5	\$5,639
6	\$6,468
7	\$7,298
8	\$8,127
9	\$8,957

Por favor llame a Daniela Mendez al 970-248-7592 con cualquier pregunta.

Debe completarlo el personal de CCCAP:

Día en que se recibió la aplicación:

Determinación previa de la elegibilidad: Sí No

Número de caso:

Determinada por: Proveedor Condado

Aplicación para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP)

Definiciones:

- **Usted:** el padre/madre o el tutor principal que está completando 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 en 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/madre o el tutor de los niños que necesitan cuidado infantil.**
- **Completar este formulario no garantiza la asistencia para el cuidado infantil.**
- Se deberán cumplir todos los criterios de elegibilidad para calificar y recibir la asistencia.
- Revise cada sección y proporcione toda la información solicitada.
- Si falta información, la solicitud se retrasará.
- **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 1: Información del grupo familiar (OBLIGATORIA)

Fecha de hoy: ____/____/____	¿Es usted el padre/madre o el tutor de los niños para los que está presentando la solicitud? <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor	¿Hay un tutor/cónyuge en el grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su apellido:	Su primer nombre:	Inicial de su segundo nombre:

¿ Cual de los siguientes ejemplos describe el lugar donde vive?

<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): ____/____/____

Su dirección:			Dirección postal: <input type="checkbox"/> ¿Es la misma que su dirección?		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:			Condado:		
Información de contacto: <i>Complete al menos una</i>	Su correo electrónico (obligatorio):		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					
Idioma preferido que se habla en casa:					

Hay otros programas que pueden beneficiarlos a usted y a su familia.

Para que podamos ponerlo en contacto con esos programas, seleccione una de las tres opciones para cada programa: **Ya participo; Me gustaría saber más; o No estoy interesado.**

*** 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.**

Programas educativos Head Start/Early Head Start: Educación gratuita y de calidad para niños de 0 a 5 años <i>(no están disponibles en todas las comunidades)</i>	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Intervención a temprana edad de Colorado: Apoyo para el desarrollo, disponible sin costo, para niños desde el nacimiento hasta los 3 años	<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.
Educación Especial de Preescolar: Apoyo educativo, disponible sin costo, para niños de 3 a 5 años	<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.
Ayuda económica en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Colorado Works: Ayuda económica en efectivo para aquellos que califican	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Asistencia alimentaria (SNAP): Asistencia para comprar comida	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Programa de Alimentación y Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC): Apoyo con la alimentación, la nutrición y la lactancia para usted y sus hijos de 0 a 5 años	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Asistencia con el seguro médico de Medicaid/CHP+: Cobertura médica para los que reúnan los requisitos	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Vale de elección de vivienda o ayuda en efectivo: Ayuda para pagar el alquiler o los servicios públicos	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

Asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LEAP): Ayuda para pagar la factura de la calefacción	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
Asistencia médica para refugiados: Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.
El Programa de Servicios de Manutención de Niño Servicios que aseguran que los niños reciban apoyo financiero regular de ambos padres	<input type="checkbox"/> Ya participo. <input type="checkbox"/> Me gustaría saber más. <input type="checkbox"/> No estoy interesado.

Sección 2: Su información (OBLIGATORIA, a menos que se indique lo contrario)

Su número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (opcional)	Su fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / _____	Su sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	---	---

Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

Grado más alto completado:	<input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Carrera Técnica	<input type="checkbox"/> Licenciatura Titulada
	<input type="checkbox"/> Título de maestría	<input type="checkbox"/> Ph.D./Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con su cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con su cónyuge (voluntariamente)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con su cónyuge (involuntariamente)
	<input type="checkbox"/> En pareja	<input type="checkbox"/> Soltero - Nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo

ACTIVIDAD QUE HACE QUE CALIFIQUE: Marque todo lo que le corresponda

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Estudiante de educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL)	<input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Estudiante de secundaria/Jr. High
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo)

Sección 3: Información del tutor/cónyuge

OBLIGATORIO: ¿Tiene un tutor/cónyuge? Sí No

Si respondió SÍ, debe completar la siguiente tabla, a menos que le digan lo contrario.
Si respondió NO, pase a la sección 4.

Apellido del tutor/cónyuge:		Primer nombre del tutor/cónyuge:		Inicial del segundo nombre del tutor/cónyuge:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con usted:	
*Correo electrónico del tutor/cónyuge (opcional):				

Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico		Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	

Grado más alto completado:	<input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Carrera Técnica	<input type="checkbox"/> Licenciatura Titulada
	<input type="checkbox"/> Título de maestría	<input type="checkbox"/> Ph.D./Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con su cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con su cónyuge (voluntariamente)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con su cónyuge (involuntariamente)	
	<input type="checkbox"/> En pareja	<input type="checkbox"/> Soltero - Nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD QUE HACE QUE CALIFIQUE: Marque todo lo que corresponda al tutor adicional/cónyuge			
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Estudiante de educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL)	<input type="checkbox"/> GED/Equivalencia de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Estudiante de secundaria/Jr. High
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Militar activo (servicio a tiempo completo)

Sección 4: Información de los niños (OBLIGATORIO a menos que le digan lo contrario)**Complete esta sección para cada niño en su grupo familiar*****Incluya a todos los niños de su grupo familiar, independientemente de que solicite o no cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con usted:	

Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ¹	Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico		Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	

¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	--

Condición de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención por motivos no médicos <input type="checkbox"/> No, exención por motivos médicos <input type="checkbox"/> Otra	¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

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

Sección 4, cont.: Información de los niños - Complete esta sección para cada niño de su grupo familiar

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar independientemente de que solicite cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con usted:	

Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ²	Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico		Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	

¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	--

Condición de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención por motivos no médicos <input type="checkbox"/> No, exención por motivos médicos <input type="checkbox"/> Otra	¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

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

Sección 4, cont.: Información de los niños - Complete esta sección para cada niño de su grupo familiar

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar independientemente de que solicite cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con usted:	

Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ³	Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	--

Condición de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención por motivos no médicos <input type="checkbox"/> No, exención por motivos médicos <input type="checkbox"/> Otra	¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Sección 4, cont.: Información de los niños - Complete esta sección para cada niño de su grupo familiar

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar independientemente de que solicite cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con usted:	

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

Estatus de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado ⁴	Raza (opcional, marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Condición de vacunación (según las directrices del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado [CDPHE]): <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención por motivos no médicos <input type="checkbox"/> No, exención por motivos médicos <input type="checkbox"/> Otra	¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

COPIE ESTA PÁGINA SEGÚN SEA NECESARIO PARA OTROS NIÑOS

Página _____ de _____

⁴ "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.

Sección 5: Ingresos por trabajo o por empleo por cuenta propia

OBLIGATORIO: ¿Tiene 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 6.

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 empleos comenzó en los últimos 60 días, puede proporcionar en su lugar una carta del empleador que incluya la fecha de inicio, el salario por hora o la cantidad bruta del salario, las horas trabajadas por semana, la frecuencia de pago y la información de contacto del empleador.

Nombre del empleador o de la empresa	Dirección y número de teléfono del empleador o de la empresa	Fecha de inicio del trabajo/ empleo por cuenta propia	Trabajador por cuenta propia (o 1099)	Cantidad de horas por semana	Frecuencia con la que le pagan	Ingresos totales por período de pago (incluidas las propinas y las comisiones) antes de los impuestos
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, como LLC <input type="checkbox"/> Sí, como S corp			\$
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, como LLC <input type="checkbox"/> Sí, como S corp			\$

Sección 6: Ingresos del tutor/cónyuge por trabajo/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.

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 los empleos comenzó en los últimos 60 días, puede proporcionar en su lugar una carta del empleador que incluya la fecha de inicio, el salario por hora o la cantidad bruta del salario, las horas trabajadas por semana, la frecuencia de pago y la información de contacto del empleador.

Nombre del empleador o de la empresa	Dirección y número de teléfono del empleador o de la empresa	Fecha de inicio del trabajo/ empleo por cuenta propia	Trabajador por cuenta propia (o 1099)	Cantidad de horas por semana	Frecuencia con la que le pagan	Ingresos totales por período de pago (incluidas las propinas y las comisiones) antes de los impuestos
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, como LLC <input type="checkbox"/> Sí, como S corp			\$
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, como LLC <input type="checkbox"/> Sí, como S corp			\$

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 la que le pagan
		\$	
		\$	

Sección 8: Manutención infantil recibida o exigida

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

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

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas, debe completar la siguiente tabla:
 Si respondió NO a ambas, pase a la sección 9a.

Nombre de los menores	¿Recibe manutención infantil?	¿Se ha ordenado manutención infantil?	Cantidad pagada por manutención infantil	Frecuencia con la que le pagan	¿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 de 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 de finalización	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe la cantidad de ingresos? (semanal, mensual, anual, etc.)
Pensión alimenticia/manutención	<input type="checkbox"/>				
Contribuciones en efectivo	<input type="checkbox"/>				
Regalos	<input type="checkbox"/>				
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)	<input type="checkbox"/>				
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)	<input type="checkbox"/>				
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>				
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/>				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>				
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

Otros ingresos del tutor /cónyuge:

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

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

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

Si sus activos contables tienen un valor superior a \$1,000,000, es posible que no sea elegible para el 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 adicional/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: Detalle de la capacitación/educación/educación de padres adolescentes

Hable con su especialista del CCCAP para informarse sobre los límites de tiempo de elegibilidad para el CCCAP con esta actividad.

OBLIGATORIO: ¿Está usted, o el tutor adicional/su cónyuge, participando en una actividad de capacitación/educación?

Sí No

Si respondió SÍ, debe completar la siguiente tabla: (REQUIERE VERIFICACIÓN)

Si respondió NO, pase a la sección 11.

Nombre de la persona:		Fecha efectiva de inicio:	
Institución de capacitación/educación:	Tipo de capacitación: Educación básica para adultos Inglés como segundo idioma (ESL) GED/Equivalencia de la escuela secundaria Escuela secundaria/Junior High Capacitación laboral Escuela de formación profesional o de oficios Programa de certificación Educación secundaria (primera Licenciatura o inferior)	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde)
Nombre de la persona:		Fecha efectiva de inicio:	
Institución de capacitación/educación:	Tipo de capacitación: Educación básica para adultos Inglés como segundo idioma (ESL) GED/Equivalencia de la escuela secundaria Escuela secundaria/Junior High Capacitación laboral Escuela de formación profesional o de oficios Programa de certificación Educación secundaria (primera Licenciatura o inferior)	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde)

Sección 11: Detalles de la discapacidad

OBLIGATORIO: ¿Está usted, o un tutor /su cónyuge, discapacitado? Sí No

Si respondió **SÍ**, debe completar la siguiente tabla: **(REQUIERE VERIFICACIÓN)**
Si respondió **NO**, pase a la sección 12.

Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal; fecha prevista de finalización: _____	¿Puede esta persona ocuparse de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde) :
Nombre:		Fecha de inicio de la discapacidad:
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal; fecha prevista de finalización: _____	¿Puede esta persona ocuparse de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde) :

Sección 12: Calendario de empleo/capacitación/escuela/búsqueda de empleo

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

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

Si su horario varía, explique:

Sección 13: Horario actual de cuidado de los menores (OBLIGATORIO)

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

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

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

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

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

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

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No
 Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ____ / ____ / ____ Finalización: ____ / ____ / ____

Nombre del menor	Menor en la escuela (de kínder a 8.º grado)	Grado y escuela a la que asiste	Número de licencia o nombre del proveedor, dirección y número de teléfono donde está inscrito el niño.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

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

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

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

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No
 Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción? Inicio: ____ / ____ / ____ Finalización: ____ / ____ / ____

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

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

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

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

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

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

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

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

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

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No

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

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

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

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

¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal? Sí No

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

Aviso y reconocimiento de intercambio de datos

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Si yo, o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado infantil, estoy/está empleado por cuenta propia, yo/nosotros debemos mantener ingresos promedio que excedan los gastos del negocio y estoy de acuerdo en llevar un registro y presentar una verificación de los ingresos, los gastos, el horario de trabajo y la necesidad de cuidado para ayudar en la determinación de mi elegibilidad.
2. Si el cuidado infantil se proporciona para una actividad laboral o de empleo por cuenta propia, el salario bruto sujeto a impuestos dividido entre la cantidad de horas trabajadas debe ser igual a, por lo menos, el salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo el 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 para padres 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 para padres en el momento de la solicitud o de la redeterminación; o cuando haya una reducción o incremento en la tarifa para padres de mi grupo familiar.
4. Si no pago mi tarifa para padres 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 de 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 proceso judicial en virtud de las leyes federales y estatales.

YO/NOSOTROS certificamos que, según nuestro leal saber y entender, la información de este formulario es correcta. YO/NOSOTROS comprendemos 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.

Su firma: _____ Fecha: _____

Firma del tutor/cónyuge: _____ Fecha: _____

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.

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:

- ◆ Si le deniegan los beneficios de cuidado infantil, deberá llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil en un plazo de quince (15) días de la fecha de dicha denegación para decir que quiere apelar.
- ◆ Si se modifican sus beneficios de cuidado infantil, deberá llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil en un plazo de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para decir que quiere apelar.
- ◆ Si se cancelan sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su coordinador de asistencia para el cuidado infantil antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación para decir que quiere apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. En su reunión, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona que oficie la audiencia no será el autor del cambio o de la decisión.

Le recomendamos que, antes de que decida solicitar una audiencia a nivel del condado, 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 después de la audiencia a nivel del condado aún no está de acuerdo con la decisión, siga estos pasos para apelar la decisión ante el estado:

1. Escriba una carta a:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street
4th Floor
Denver, CO 80203

2. Debe apelar la decisión del condado en un plazo de 15 días de la fecha de envío por correo del Aviso de la decisión de la audiencia a nivel del condado.
3. En la carta, debe indicar que quiere apelar la decisión que se tomó en la audiencia a nivel 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 pedirle al representante de Servicios Sociales/Humanos del condado que lo ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts) programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó a tiempo. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos en la que se explicarán los próximos pasos, quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonio y otra información sobre la audiencia.

Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar cobrar todos los beneficios que usted haya recibido y para los cuales no era elegible.

Discriminación

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

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

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

Email: ocrmail@hhs.gov

Guarde esta página como referencia



MESA COUNTY WORKFORCE CENTER

512 29 1/2 Rd, Grand Junction, CO 81504
Dirección Postal: P.O. Box 20,000, Grand Junction, CO 81502
Numero de Telefono: (970) 248-0871; Fax: (970) 255-3616

DECLARACIÓN PARA PLAN DE CRIANZA

Nombre de Apicante: _____

Nombre de Madre/oh Padre (no en el hogar): _____

Nombre de los niños: _____

Tiene el 100% custodia de los niños? _____ Si _____ No

Si respondió "no" debe completar lo siguiente: (Si respondió "Si" escriba su nombre y firme y no se requieren más acciones.)

Si existe un plan de crianza compartido, describalo:

Indique el día y horario del intercambio. **Fecha efectiva:** _____

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado
<u>Fecha</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado
<u>Fecha</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Explique el plan: _____

Firma del Apicante de CCAP: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Apicante: _____



MESA COUNTY WORKFORCE CENTER
 512 29 1/2 Rd, Grand Junction, CO 81501
 Mailing Address: P.O. Box 20000, Grand Junction, CO 81502-5035
 Telephone: (970) 248-0871; Fax: (970) 255-3613

Employment Status Verification (Must be completed by employer)

Name of Employee: _____

Employee Social Security Number: _____

Name of Company: _____

Address of Company: _____

Employer Signature X _____ Date _____

Print Employer Name _____ Telephone Number: _____

Start Date: _____ Date of First Check: _____ Rate Per Hour \$ _____

Hours per week _____ Anticipated Weekly Tips \$ _____ Monthly Salary \$ _____

How Often Paid: Weekly _____ Bi-Weekly _____ Twice monthly _____ Monthly _____

Commission only _____ Base + commission _____

Other: _____

Anticipated Gross income on first check (for new employee) \$ _____

Total gross income for the month of _____ was \$ _____

Employment Schedule Effective Date: _____ **# Days worked per week:** _____

Example	Mon. 8am – 5pm	Tues. 8am-5pm	Weds. 8am-5pm	Thurs. 8am-5pm	Fri. 8am-5pm	Sat. 8am-5pm	Sun. 8am-5pm
Schedule	Mon.	Tues.	Weds.	Thurs.	Fri.	Sat.	Sun.
Schedule Time in/out							

(If schedule is alternating, list second schedule)

Example	Mon. 8am – 5pm	Tues. 8am – 5pm	Weds. 8am – 5pm	Thurs. 8am – 5pm	Fri. 8am – 5pm	Sat. 8am – 5pm	Sun. 8am – 5pm
Schedule	Mon.	Tues.	Weds.	Thurs.	Fri.	Sat.	Sun.
Schedule Time in/out							

(If schedule varies, **please give examples** of shifts and # of days of the week, list any set days off.)

Comments: _____

If no longer employed:

Last day worked: _____ Gross of last check \$ _____ Date of last check _____

Reason job ended: _____

Return to: Workforce Center _____ Telephone # _____ Fax # 970-255-3613

