

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 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** = una persona menor de veintiún (21) años de edad que contribuye económicamente al bienestar del niño y es el padre, padre adoptivo, padrastro, tutor legal o persona que actúa en “loco parentis”, tiene la custodia del niño o los niños durante el período en que se solicita el cuidado y está en una actividad elegible como asistir a la educación básica, trabajar, trabajar por cuenta propia o buscar trabajo.
- **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.

ÍNDICE

Sección 1a: Información de contacto del padre/madre o del tutor (OBLIGATORIA)	3
Sección 1b: A efectos de la redeterminación, ¿describe alguna de estas el lugar donde vive? (OBLIGATORIO)	3
Sección 2a: Información del grupo familiar (OBLIGATORIA)	4
Mencione cada persona que viva en su domicilio, empezando por usted.	4
Sección 2b: Nuevos adultos en la vivienda	5
Sección 2c: Nuevos niños en la vivienda	6
Sección 2d: Acuerdos de custodia	9
Sección 3: Hay otros programas que pueden beneficiarlos a usted y a su familia.	10
Sección 4: La actividad que hace que califique	11
Sección 5: Actividad que hace que el tutor/su cónyuge califique	13
Sección 6: Ingresos por empleo o trabajo por cuenta propia	17
Sección 7: Pago de manutención infantil por orden judicial	18
Sección 8: Manutención infantil recibida o exigida	18
Sección 9a: Otros ingresos	19
Sección 9b: Activos (recursos, pertenencias, objetos de valor, etc.)	22
Sección 10: Calendario de empleo/capacitación/escuela/búsqueda de empleo	23
Sección 11: Horario actual de cuidado de los menores (OBLIGATORIO)	24
Aviso y reconocimiento de intercambio de datos	26
ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CUIDADO INFANTIL PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS	27
Lista de comprobación de finalización:	30
RECORDATORIOS IMPORTANTES:	31
DERECHO A APELAR Y A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL	32

Sección 1a: Información de contacto del padre/madre o del tutor (OBLIGATORIA)

Fecha de hoy:	¿Es usted el padre/madre o el tutor de los niños para los que está presentando la solicitud? Padre/madre Tutor		¿Hay un tutor/cónyuge en el grupo familiar? Sí No	
Su apellido:		Su primer nombre:		Inicial de su segundo nombre:
Su dirección física:			Dirección postal: ¿Es la misma que su dirección física?	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Condado:			Condado:	
Información de contacto: Complete al menos una	Correo electrónico (obligatorio). *Si ha cambiado, notifíquelo a su trabajador del CCCAP*:		Teléfono primario: Tipo: Casa Celular Mensaje de voz Trabajo	Teléfono secundario: Tipo: Casa Celular Mensaje de voz Trabajo
Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Correo postal				

Sección 1b: A efectos de la redeterminación, ¿describe alguna de estas el lugar donde vive? (OBLIGATORIO)

Vivo en un hotel o un motel	Vivo en un área de campamento	Vivo en un albergue	Vivo en la casa de otra persona porque perdí la vivienda, por problemas económicos, etc.	Vivo en una vivienda precaria, como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, etc.	Otra situación de vivienda temporal (explique):	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?	Estatus de ciudadanía (solo requerido para niños que solicitan cuidado):
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado ¹
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado
	Masculino Femenino			Sí No N/A	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado

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 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

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)
			Militar activo (servicio a tiempo completo)	D M S	Sí No	A I B P H W
			Reserva militar	P		
			Guardia nacional	W		
			Militar activo (servicio a tiempo completo)	D M S	Sí No	A I B P H W
			Reserva militar	P		
			Guardia nacional	W		

Códigos de estado civil: **D**-Divorciado, **M**-Casado, **S**-Soltero, **P**-Separado, **W**-Viudo

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

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	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados?	Estatus de ciudadanía
				Masculino Femenino	Sí No	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado ¹
¿Hispano o latino? Sí No		Raza (escoja todas las que correspondan). Vea los códigos abajo. A I B P H W		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: _____						

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

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 2c (continuación): Nuevos niños en la vivienda

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados?	Estatus de ciudadanía
				Masculino Femenino	Sí No	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado ¹
¿Hispano o latino? Sí No		Raza (escoja todas las que correspondan). Vea los códigos abajo. A I B P H W		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: _____						

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

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 2c (continuación): Nuevos niños en la vivienda

Fecha en que comenzó a vivir en el domicilio	Apellido, nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Tiene este niño alguna discapacidad o necesidad especial de cuidados?	Estatus de ciudadanía
				Masculino Femenino	Sí No	Ciudadano No ciudadano Extranjero calificado ¹
¿Hispano o latino? Sí No		Raza (escoja todas las que correspondan). Vea los códigos abajo. A I B P H W		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: _____						

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

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 2d: Acuerdos de custodia

OBLIGATORIO: ¿Hay niños que vivan en su domicilio que sean parte de un acuerdo de Custodia Compartida o de otro tipo? Sí No

Si respondió SÍ, debe completar la siguiente tabla.
Si respondió NO, pase a la Sección 3.

Nombre del menor	Custodia compartida u otro tipo de acuerdo	Fecha en que comenzó el acuerdo de custodia
	Custodia compartida Otro tipo de custodia (explique):	
	Custodia compartida Otro tipo de custodia (explique):	
	Custodia compartida Otro tipo de custodia (explique):	

Sección 3: 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 (no están disponibles en todas las comunidades)	Ya participo Me gustaría saber más 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	Ya participo No estoy interesado 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.
Educación Especial de Preescolar: Apoyo educativo, disponible sin costo, para niños de 3 a 5 años	Ya participo Me gustaría saber más 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	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
Asistencia alimentaria (SNAP): Asistencia para comprar comida	Ya participo Me gustaría saber más 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	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
Asistencia con el seguro médico de Medicaid/CHP+: Cobertura médica para los que reúnan los requisitos	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
Vale de elección de vivienda o ayuda en efectivo: Ayuda para pagar el alquiler o los servicios públicos	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
Asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LEAP): Ayuda para pagar la factura de la calefacción	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
Asistencia médica para refugiados: Asistencia médica para refugiados	Ya participo Me gustaría saber más No estoy interesado
El Programa de Servicios de Manutención de Niño: Servicios que aseguran que los niños reciban apoyo financiero regular de ambos padres	Ya participo Me gustaría saber más 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.

Sección 4a: OBLIGATORIO

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:	Trabajador por cuenta propia Como LLC Como S-Corp Otro: Cantidad de horas por semana:
¿Tiene otro trabajo? Sí No (si respondió SÍ, conteste las preguntas de abajo): Fecha de inicio: Nombre del empleador: Dirección: Teléfono: Cantidad de horas por semana:	No estoy empleado ¿Cuándo dejó de trabajar? (si corresponde):
	Estoy buscando empleo Fecha de inicio (si corresponde):
	Tiene permiso de ausencia por maternidad Fecha de inicio: Fecha de finalización:
Estoy discapacitado Fecha de inicio: La discapacidad es: Permanente Temporal: fecha de finalización: ¿Puede ocuparse de los niños? Sí No Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde):	En huelga Fecha de inicio: Fecha de finalización:
	Tiene permiso de ausencia por razones médicas Fecha de inicio: Fecha de finalización:
	De descanso estacional Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Sección 4b: OBLIGATORIO: ¿Está participando actualmente en actividades de capacitación o educación?Custodia Compartida o de otro tipo? 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: 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) Cantidad de horas por semana:	Fecha efectiva de inicio:	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde):
--	---------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

¿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
Título de maestría	Licenciatura titulada
Ph.D./Doctorado	Certificado en:

Sección 4c: OBLIGATORIO: ¿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 4d.

Título obtenido:

Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria	Carrera técnica
Título de maestría	Licenciatura titulada
Ph.D./Doctorado	Certificado en:

Sección 4d: OBLIGATORIO: ¿Actualmente está participando en un programa de tratamiento para trastornos por uso de sustancias? Sí No

Si la respuesta es SÍ, debe completar la tabla que figura a continuación.

Si la respuesta es NO, pase a la Sección 5.

Nombre de la persona:		Fecha de inicio:
Nombre del centro de tratamiento:		Fecha prevista de finalización (si se sabe):
Tipo de tratamiento:		
Tratamiento ambulatorio estructurado (ASAM Nivel 2, Tratamiento ambulatorio intensivo, IOP, ASAM Nivel 2.5, Hospitalización parcial, PHP, Tratamiento diurno)	Servicios residenciales altamente estructurados (ASAM Nivel 3.5, servicios residenciales de alta con gestión clínica)	
Residencial (ASAM Nivel 3.1, servicios de baja intensidad gestionados clínicamente; ASAM Nivel 3.3, servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población gestionados clínicamente; ASAM Nivel 3.2WM, gestión de la abstinencia — residencial)	Servicios residenciales altamente estructurados con personal médico en el lugar (ASAM Nivel 3.7, servicios de internamiento intensivo bajo supervisión médica, ASAM Nivel 3.7WM, manejo de la abstinencia con personal médico en el lugar.)	
Dirección del centro de tratamiento: Calle: Estado: Ciudad: Número de teléfono: Código postal:		Horas por semana: 6+, sin cuidado nocturno 9+, sin cuidado nocturno Cuidado residencial 24/7, incluido el cuidado nocturno

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.

Sección 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:	Trabajador por cuenta propia Como LLC Como S-Corp Otro: Cantidad de horas por semana:
¿Tiene otro trabajo? Sí No (si respondió SÍ, conteste las preguntas de abajo): Fecha de inicio: Nombre del empleador: Dirección: Teléfono: Cantidad de horas por semana:	No estoy empleado ¿Cuándo dejó de trabajar? (si corresponde): Estoy buscando empleo Fecha de inicio (si corresponde): Tiene permiso de ausencia por maternidad Fecha de inicio: Fecha de finalización:
Estoy discapacitado Fecha de inicio: La discapacidad es: Permanente Temporal: fecha de finalización: ¿Puede ocuparse de los niños? Sí No Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde):	En huelga Fecha de inicio: Fecha de finalización: Tiene permiso de ausencia por razones médicas Fecha de inicio: Fecha de finalización: De descanso estacional Fecha de inicio: Fecha 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: 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) Cantidad de horas por semana:	Fecha efectiva de inicio:	Fecha prevista de finalización:	Número de créditos (si corresponde):
---	----------------------------------	--	---

¿Le proporcionará esta formación o educación un certificado o un título al tutor o cónyuge?
Sí No

Si respondió SÍ, ¿de qué tipo?:

Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria	Carrera técnica
Título de maestría	Licenciatura titulada
Ph.D./Doctorado	Certificado en:

Sección 5c: OBLIGATORIO: ¿Se ha graduado el tutor o cónyuge en los últimos 12 meses?
Sí No

Si respondió SÍ, deberá completar la tabla de abajo.
Si respondió NO, pase a la sección 4d.

Título obtenido:

Diploma de escuela secundaria/GED/Equivalente de escuela secundaria	Carrera técnica
Título de maestría	Licenciatura titulada
Ph.D./Doctorado	Certificado en:

Sección 5d: OBLIGATORIO: ¿El tutor adicional/cónyuge está participando actualmente en un programa de tratamiento para trastornos por uso de sustancias? Sí No

Si la respuesta es SÍ, debe completar la tabla que figura a continuación.

Si la respuesta es NO, pase a la Sección 6.

Nombre de la persona:		Fecha de inicio:
Nombre del centro de tratamiento:		Fecha prevista de finalización (si se sabe):
Tipo de tratamiento:		
Tratamiento ambulatorio estructurado (ASAM Nivel 2, Tratamiento ambulatorio intensivo, IOP, ASAM Nivel 2.5, Hospitalización parcial, PHP, Tratamiento diurno)	Servicios residenciales altamente estructurados (ASAM Nivel 3.5, servicios residenciales de alta con gestión clínica)	
Residencial (ASAM Nivel 3.1, servicios de baja intensidad gestionados clínicamente; ASAM Nivel 3.3, servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población gestionados clínicamente; ASAM Nivel 3.2WM, gestión de la abstinencia — residencial)	Servicios residenciales altamente estructurados con personal médico en el lugar (ASAM Nivel 3.7, servicios de internamiento intensivo bajo supervisión médica, ASAM Nivel 3.7WM, manejo de la abstinencia con personal médico en el lugar.)	
Dirección del centro de tratamiento:		Horas por semana:
Calle:	Estado:	6+, sin cuidado nocturno
Ciudad:	Número de teléfono:	9+, sin cuidado nocturno
Código postal:		Cuidado residencial 24/7, incluido el cuidado nocturno

Sección 6: Ingresos por empleo o trabajo 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 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 empleo/trabajo 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
			No Sí, como LLC Sí, como S-Corp			\$
			No Sí, como LLC 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
	Sí No	Sí No	\$			
	Sí No	Sí No	\$			

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.

OBLIGATORIO: ¿Tiene usted o algún miembro de su grupo familiar otros tipos de ingresos?

Si no ve su tipo de ingresos en la lista de abajo, escríbalo en los espacios “otros” en la parte inferior.

Si respondió NO, pase a la sección 9b.

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					
Contribuciones en efectivo					
Regalos					
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)					
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)					
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)					
Compensación por desempleo					
Beneficios para veteranos					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

Otros ingresos del tutor/cónyuge:					
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					
Contribuciones en efectivo					
Regalos					
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)					
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)					
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)					
Compensación por desempleo					
Beneficios para veteranos					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

Otros ingresos del menor:
(No incluya la manutención infantil contemplada en la Sección 8)

Nombre del menor:

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					
Contribuciones en efectivo					
Regalos					
“En especie” (un beneficio recibido por el trabajo, que no es dinero, por ejemplo, trabajar por vivienda o ropa gratis)					
Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilación)					
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)					
Compensación por desempleo					
Beneficios para veteranos					
Otros ingresos (indique el tipo):					
Otros ingresos (indique el tipo):					

COPIE ESTA PÁGINA SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL TUTOR/ CÓNYUGE,
O LOS HIJOS QUE RECIBAN OTROS INGRESOS
Página ____ de ____

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?

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. ☐ Sí ☐ No

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?

Los recursos no líquidos son activos no monetarios que pueden incluir (entre otros): automóviles con o sin licencia, vehículos recreativos, bienes inmuebles, etc. ☐ Sí ☐ No

Si respondió NO, conteste la siguiente pregunta sobre los recursos no líquidos.

Si respondió SÍ, debe indicar la cantidad de sus recursos 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.

Ejemplo:	lunes 8 a.m.- 5 p.m.	martes 8 a.m.- 5 p.m.	miércoles 8 a.m.- 5 p.m.	jueves 8 a.m.- 3 p.m.	viernes 8 a.m.- 5 p.m.	sábado 8 a.m.- 12 p.m.	domingo 8 a.m.- 5 p.m.
SU HORARIO:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							
Programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias							

HORARIO DEL TUTOR/CÓNYUGE:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Búsqueda de trabajo/empleo							
Formación/escuela							
Programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias							

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 o llame al 877-338-2273.

Nombre del menor:	Menor en la escuela (kínder a octavo grado):	Grado y escuela a la que asiste:	Horario del menor: Indique la cantidad prevista de horas 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	mié.	jueves	viernes	sábado	dom.
	Sí No									

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO)	Sí	No	¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start ?	Sí	No	¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal ?	Sí	No
Si respondió Sí, ¿ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO)	Sí	No	Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?			Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción?		
Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio:			Inicio:	Fin:		Inicio:	Fin:	

Nombre del menor:	Menor en la escuela (kínder a octavo grado):	Grado y escuela a la que asiste:	Horario del menor: Indique la cantidad prevista de horas 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	mié.	jueves	viernes	sábado	dom.
	Sí No									

¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO)	Sí	No	¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start ?	Sí	No	¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal ?	Sí	No
Si respondió Sí, ¿ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO)	Sí	No	Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?			Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción?		
Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio:			Inicio:	Fin:		Inicio:	Fin:	

Nombre del menor:	Menor en la escuela (kínder a octavo grado):	Grado y escuela a la que asiste:	Horario del menor: Indique la cantidad prevista de horas 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	mié.	jueves	viernes	sábado	dom.
	Sí No									
¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No			¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start ? Sí No			¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal ? Sí No				
Si respondió Sí, ¿ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No			Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?			Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción?				
Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio:			Inicio: Fin:			Inicio: Fin:				
Nombre del menor:	Menor en la escuela (kínder a octavo grado):	Grado y escuela a la que asiste:	Horario del menor: Indique la cantidad prevista de horas 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	mié.	jueves	viernes	sábado	dom.
	Sí No									
¿Es un nuevo proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No			¿Está este menor inscrito en un programa Head Start o Early Head Start ? Sí No			¿Este menor está inscrito en Preescolar Universal ? Sí No				
Si respondió Sí, ¿ha confirmado la inscripción del menor con el proveedor? (OBLIGATORIO) Sí No			Si respondió Sí, ¿cuál es la fecha de inicio y de finalización de la inscripción?			Si responde Sí, ¿cuál es su fecha de inicio y de finalización de la inscripción?				
Si respondió Sí, es necesario que proporcione una fecha de inicio prevista: Inicio:			Inicio: Fin:			Inicio: Fin:				

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.

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
Adjunte el horario de trabajo, educación/capacitación o programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (si solicita atención durante la tarde, 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 tutor adicional o cónyuge:

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 Infantil.

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.
4th 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 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

