

Cuestionario de preselección para la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado

Si no se envía el formulario debidamente llenado, se le eliminará automáticamente de la lista de espera. No se enviarán notificaciones adicionales para completar este formulario.

¿Quiénes pueden permanecer en la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones del Programa de CCAP del condado de Adams?

¿Quiénes pueden permanecer en la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones del Programa de CCAP del condado de Adams?

- Residen en el condado de Adams
- Participan en una actividad de cualificación:
 - » Estar empleado o autónomo
 - » Estar buscando empleo
 - » Estudiar educación básica (por ejemplo, preparatoria, programa GED o inglés como segundo idioma)
 - » Capacitación (vocacional o técnica)
 - » Educación superior (hasta el primer título de grado)
 - » Programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias
- Tener un ingreso familiar bruto total inferior al ingreso mensual máximo descrito a continuación para su tamaño de vivienda.

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso bruto mensual máximo	\$3,965.63	\$4,996.88	\$6,028.13	\$7,059.38	\$8,090.63	\$9,121.88	\$10,153.13

¿Cuál es el proceso y los requisitos de la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones del programa del CCAP?

- Los solicitantes deberán presentar un cuestionario de preselección completo para su revisión.
- Los cuestionarios de preselección se procesan en el orden en que se reciben.
- Los solicitantes reciben una notificación por correo electrónico si su solicitud para la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones ha sido aprobada o denegada. Los solicitantes aprobados se incluyen en la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones.
- Los hogares en lista de espera solo son elegibles para la suspensión temporal de inscripciones en la lista de espera, pero no y no para el beneficio del programa CCAP.
- Las familias que se encuentren en lista de espera deben visitar el sitio web del programa CCAP del condado de Adams para obtener actualizaciones, información adicional y recursos.
- Los hogares incluidos en la lista de espera deben completar una recertificación cada seis meses para determinar si cumplen los requisitos para permanecer en la lista. Estos documentos se enviarán por correo electrónico a los hogares. Los hogares en lista de espera deben notificar a CCAP si cambia su dirección de correo electrónico, ya que las comunicaciones y la recertificación se envían por correo electrónico desde el CCAP.
- Si se libera alguna plaza, se contactará por correo electrónico con los hogares que cumplan los requisitos y estén en lista de espera para que completen la solicitud.

¿Preguntas? Visite nuestro sitio web en adamscountycolorado.gov/cccap o envíe un correo adamsccapparticipants@adamscountycolorado.gov.



Cuestionario de preselección (PSQ, por sus siglas en inglés) de la lista de espera de inscripción gratuita

Todas las secciones marcadas con asterisco (*) son **INFORMACIÓN NECESARIA** y deben completarse o la solicitud puede ser denegada.

*Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre):		*Fecha:
*Dirección del hogar (calle, ciudad, estado, código postal):		
*Dirección postal (dirección de calle, ciudad, estado, código postal):		
*¿Es una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No	*¿Tiene algún hijo(a) con una discapacidad física o mental? ☐ Sí ☐ No	
*¿Está saliendo de Colorado Works/TANF? ☐ Sí ☐ No	*Dirección de correo electrónico:	
*Teléfono principal: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		
*¿Hay un segundo cuidador adulto en casa?** ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, se debe incluir información adicional del cuidador.		

Información del cuidador

*Nombre del cuidador principal:		
**Número de seguro social:	*Fecha de nacimiento:	*Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
*¿Empleado o autónomo?** ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, el ingreso y las horas trabajadas.		
Nombre del empleador:		Fecha de inicio:
Ingreso mensual bruto: \$	Horas promedio/semana:	
Si está en autoempleo, seleccione el tipo: ☐ Propietario único ☐ Contratista 1099 ☐ LLC ☐ S-Corp ☐ Otro:		
*¿Asiste a la escuela o a capacitación?** ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, debe completar el nombre del programa escolar o de capacitación y la fecha de inicio.		
Nombre de la escuela o programa de capacitación:		Fecha de inicio:
*¿Busca trabajo? ☐ Sí ☐ No	*¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro	Programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias: ☐ Sí ☐ No	Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

*Nombre del cuidador adulto adicional:		**Numero de seguro social:	
*Fecha de nacimiento:	*Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	*Relación con el cuidador adulto principal:	
*Empleado o autónomo? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, el ingreso y las horas trabajadas.			
Nombre del empleador:			
Fecha de inicio:	Horas trabajadas/ Semana:	Ingreso Mensual Bruto: \$	
Si está en autoempleo, seleccione el tipo: ☐ Propietario único ☐ Contratista 1099 ☐ LLC ☐ S-Corp ☐ Otro:			
*¿Asiste a la escuela o a capacitación? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, debe completar el nombre del programa escolar o de capacitación y la fecha de inicio.			
Nombre de la escuela o programa de capacitación:			
Fecha de inicio:	*¿Busca trabajo? ☐ Sí ☐ No	*¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		Programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias: ☐ Sí ☐ No	Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Información del(los) niño(s)

Primer niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No			
Nombre completo:			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:			Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Segundo niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No			
Nombre completo:			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:			Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Tercer niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Cuarto niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Quinto niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Sexto niño: Necesita cuidados: ☐ Sí ☐ No		
Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Relación con el cuidador principal:	Asiste a la escuela ☐ Yes ☐ No	¿Tiene el niño una discapacidad mental o física o está en un programa IEP? ☐ Sí ☐ No
Raza (Opcional, marque todas las que correspondan): ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro:		Origen étnico (Opcional): ☐ Hispano ☐ no hispano

Ingresos adicionales

*¿Usted o algún miembro del hogar reciben otro tipo de ingresos? ☐Sí ☐No

**Si la respuesta es sí, debe informar el tipo de ingreso (por ejemplo, ingresos no devengados que incluyen desempleo, seguridad social, beneficios para veteranos, manutención de menores, etc.), el monto y con qué frecuencia los recibe (semanal, quincenal, mensual, anual, etc.).

Tipo de Ingreso:	Cantidad: \$	Con qué frecuencia lo recibe:
Tipo de Ingreso:	Cantidad: \$	Con qué frecuencia lo recibe:
Tipo de Ingreso:	Cantidad: \$	Con qué frecuencia lo recibe:

Activos

*¿Usted o el cuidador adicional tienen recursos líquidos o efectivo a la mano? ☐Sí ☐No

*Si la respuesta es sí, ¿cuánto? \$

*¿Usted o el cuidador adicional tienen algún recurso no líquido o no monetario? ☐Sí ☐No

Manutención pagada

*¿Hay algún miembro del hogar pagando manutención infantil ordenada por el tribunal para un niño que no reside en su hogar? ☐Sí ☐No

*Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga al mes? \$

Nota y Reconocimiento sobre el intercambio de datos

Al firmar este documento, reconozco y acepto que para permanecer en la lista de espera o para una posible participación y recibir beneficios y servicios a través del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP), mi departamento local de Servicios Humanos del condado (el condado) y el Departamento de Primera Infancia de Colorado (CDEC, por sus siglas en inglés) pueden necesitar compartir mi información con cualquiera de las entidades enumeradas a continuación:

- Cualquier otro programa administrado por el gobierno, incluida 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 Universal de Preescolar de Colorado (UPK, por sus siglas en inglés).

Reconozco y acepto además que el condado y el CDEC pueden necesitar información y documentación de las entidades enumeradas a continuación para procesar mi recertificación de la lista de espera por la suspensión temporal de inscripciones, para determinar mi elegibilidad en la lista de espera o para gestionar mis servicios relacionados con el CCAP de otra manera. Al firmar este documento, por la presente autorizo a las entidades enumeradas a continuación para que divulguen mi información al condado y al CDEC para poder participar y recibir beneficios y servicios a través del CCAP:

- Cualquier empleador para el que actualmente trabaje o haya trabajado,
- Cualquier documentación presentada para el trabajo por cuenta propia,
- Cualquier escuela o institución de capacitación a la que pueda estar asistiendo,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno, incluida cualquier entidad directamente involucrada en la administración o entrega de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno, incluyendo, pero no limitado a, Head Start, Early Head Start y el Programa Universal de Preescolar de Colorado.

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

*Firma del cuidador principal: _____ Fecha: _____

Firma del cuidador adicional: _____ Fecha: _____

Gracias por completar este formulario.

