

**COLORADO DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
PROGRAMA DE ASISTENCIA CON CUIDADO INFANTIL**

FORMULARIO PARA RE-DETERMINAR SI REÚNE LOS REQUISITOS

Ha recibido este formulario para que el Departamento de Servicios Sociales y Humanos pueda determinar de nuevo si reúne los requisitos para recibir asistencia para el cuidado infantil. Tenga presente que, si no completa el formulario y presenta los documentos necesarios, resulta en la eliminación de sus beneficios para el cuidado infantil.

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud de re-determinación.

Complete y devuelva este formulario tan pronto como lo reciba. Si no recibimos este formulario con todos los comprobantes antes del _____ se terminarán sus servicios de cuidado infantil el _____ [Volumen 3, Sección 3.921].

Sección 1:

Fecha*: _____

*Nombre del Adulto cuidador principal: _____ Caso N°.: _____

Dirección de residencia*: _____

Teléfono principal*: _____ Teléfono secundario: _____

Nombre de contacto en emergencias: _____ Teléfono: _____

¿Ha cambiado la dirección de su residencia? Sí No

De ser así, la dirección de su nueva residencia es: _____

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| ¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su situación de vivienda actual? | <input type="checkbox"/> Reside en un hotel o motel | <input type="checkbox"/> Reside en un campamento | <input type="checkbox"/> Reside en un albergue | <input type="checkbox"/> Reside en vivienda no habitable como un automóvil, parque, etc. |
| | <input type="checkbox"/> Tiene una situación temporal de residencia (explique) | | Fecha en que empezó la situación de vivienda: ____/____/____ Fecha en que anticipa que terminará: ____/____/____ | |

Sección 2:

EMPLEO* (incluya los últimos treinta (30) días de recibos de sueldo como comprobante)

Nombre del Adulto cuidador principal*: _____

1. ¿Trabaja en la actualidad?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No De no ser así, ¿cuándo dejó de trabajar (fecha)?

2. ¿Tiene un segundo empleo*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No

3. ¿Tiene un nuevo empleo*? (Adjunte carta de verificación de empleo de su empleador)

___ Sí De ser así, complete lo siguiente: Fecha de inicio _____

___ No Nombre del empleador _____ Teléfono _____

*¿El nuevo empleo es además del antiguo? ___ Sí ___ No

4. ¿Hay dos cuidadores adultos en su hogar*? (Si es madre o padre adolescente, no incluya a sus padres)

___ Sí ___ No **De ser así, conteste las preguntas 5 a 7**

Nombre del segundo Adulto cuidador*: _____

5. ¿Esa persona trabaja*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No De no ser así, ¿cuándo dejó de trabajar (fecha)? _____

6. ¿Esa persona tiene un segundo empleo*?

___ Sí De ser así, ¿dónde? _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____

___ No

7. ¿Esa persona tiene un nuevo empleo*? (Adjunte carta de verificación de empleo de su empleador)

___ Sí De ser así, complete lo siguiente: Fecha de inicio _____

___ No Nombre del empleador _____ Teléfono _____

*¿El nuevo empleo es además del antiguo? ___ Sí ___ No

Sección 3:

EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN*

Nombre del Adulto cuidador principal*: _____

8. ¿Está en capacitación*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

9. ¿Está en capacitación*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

¿Está estudiando*? ___ Sí ___ No ¿En dónde? _____

Sección 4:

BÚSQUEDA DE EMPLEO/DISCAPACIDAD*

*Nombre del Adulto cuidador principal: _____

10. ¿Busca empleo? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Es discapacitado? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Está en licencia de maternidad*? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Nombre del segundo Adulto cuidador* (Si corresponde): _____

11. ¿Esta persona busca empleo? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

¿Esta persona es discapacitada? ___ Sí ___ No De ser así, ¿fecha de inicio? _____

De ser así, ¿la discapacidad es ___ permanente o ___ temporal? Si es temporal, ¿fecha en que termina? _____

¿Esta persona está en licencia de maternidad? ___ Sí ___ No

De ser así, ¿fecha de inicio? _____ De ser así, ¿fecha esperada en que termina? _____

Sección 5:

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR*

Enumere a **TODAS** las personas en su hogar:

| Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre* | ¿Cuál es su parentesco? | Sexo* M/F | Fecha de nacimiento* | Información sobre vacunas de los niños*: (Códigos a continuación) |
|--|-------------------------|--------------|----------------------|--|
| | USTED MISMO | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Códigos para registro de vacunas:

IM: Niño vacunado

ME: Exención médica

RE: Exención religiosa

OT: Otro (explique)

¿Alguna de las personas enumeradas anteriormente es nueva en el hogar? Sí No
De ser así, complete la siguiente información:

Adultos recién agregados* (si corresponde) use papel adicional si es necesario e incluya toda la información solicitada

| Fecha en que llegó al hogar* | Apellido, Primer nombre* | Número de Seguro Social (opcional) | Estado militar | Estado civil (códigos a continuación) | Hispano o latino (S/N) | Razas Enumere todas las que correspondan, (códigos a continuación) |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reservas Militares <input type="checkbox"/> Guardia Nacional | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo) <input type="checkbox"/> Reservas Militares <input type="checkbox"/> Guardia Nacional | | | |

Códigos de razas (use todos los que correspondan): **A-** Asiático, **B-** Negro/Afroamericano, **H-** Hispano **I-** Indígena estadounidense/Nativo de Alaska **P-** Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico, **W-** Blanco

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

Dependientes/niños recién agregados* (si corresponde)

| Fecha en que llegó al hogar* | Apellido, Primer nombre* | Número de Seguro Social (opcional) | Hispano o latino (S/N) | Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación) | ¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N) | ¿Niño discapacitado*? (S/N) | Fecha de nacimiento* | Información sobre vacunas* (Códigos a |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------|--|--|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | continuación) |
|--|--------------------------|------------------------------------|------------------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|
| Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si este niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil: Apellido: _____ Nombre: _____ | | | | | | | | |
| Fecha en que llegó al hogar* | Apellido, Primer nombre* | Número de Seguro Social (opcional) | Hispano o latino (S/N) | Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación) | ¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N) | ¿Niño discapacitado*? (S/N) | Fecha de nacimiento* | Información sobre vacunas* (Códigos a continuación) |
| | | | | | | | | |
| Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si este niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil: Apellido: _____ Nombre: _____ | | | | | | | | |
| Fecha en que llegó al hogar* | Apellido, Primer nombre* | Número de Seguro Social (opcional) | Hispano o latino (S/N) | Razas (Enumere todas las que correspondan, códigos a continuación) | ¿Necesita cuidado para este niño*? (S/N) | ¿Niño discapacitado*? (S/N) | Fecha de nacimiento* | Información sobre vacunas* (Códigos a continuación) |
| | | | | | | | | |
| Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si este niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño a través de las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre de padre o madre fuera del hogar que puedan tener responsabilidad de manutención infantil: Apellido: _____ Nombre: _____ | | | | | | | | |

Códigos de razas (use todos los que correspondan): **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**- Hispano **I**: Indígena estadounidense/Nativo de Alaska **P**-Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico, **W**-Blanco

Códigos para registro de vacunas **IM:** Niño vacunado **ME:** Exención médica **RE:** Exención religiosa **OT:** Otro (explique)

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente **NO** son ciudadanos estadounidenses*? **Sí** **No**
De ser así, suministre lo siguiente:

| Nombre del niño* | Fecha de nacimiento* | Información de registro de extranjeros |
|------------------|----------------------|--|
| | | A |
| | | A |

¿Algunos de los niños enumerados anteriormente forman parte de una Custodia compartida o Acuerdo de custodia de acogida?

Sí **No** De ser así, suministre lo siguiente:

| Nombre del niño* | ¿Custodia compartida o Custodia de acogida? | Fecha en que pasó al acuerdo de custodia |
|------------------|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida | |
| | <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia de acogida | |

¿Alguna persona se ha ido del hogar*? **Sí** **No** De ser así, suministre lo siguiente:

| Nombre* | Fecha en que se fue* | Motivo por el cual se fue* |
|---------|----------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Sección 6:

Información sobre otros programas de beneficios

| ¿Usted o alguien más en su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas o participa en alguno de ellos? | | | | De no ser así, ¿le gustaría recibir más información? |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Colorado Works/asistencia con efectivo TANF | <input type="checkbox"/> Sí | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Head Start/Early Head Start | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Low-Income Energy Assistance (LEAP) | <input type="checkbox"/> Sí | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Food Assistance (SNAP) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Programa Women, Infants and Children (WIC) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Child and Adult Care Food Program | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Medicaid/Asistencia de CHP+ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Vale para vivienda o asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Refugee Medical Assistance | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte B (3 a 5 años) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte C (0 a 3 años) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Pensión de la tercera edad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| Otro (explique): _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |

Sección 7:

HORARIOS LABORAL, DE EDUCACIÓN O CAPACITACIÓN*

Ingrese su horario laboral o de educación o capacitación. Si hay dos adultos cuidadores en su hogar, ingrese los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, ingrese el horario laboral de todos sus empleos.

| Ejemplo: | Lunes (am/pm) | Mar. (am/pm) | Miér. (am/pm) | Jue. (am/pm) | Vier. (am/pm) | Sáb. | Dom. |
|----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| Horario: | 8:00 a 5:00 | 8:00 a 3:00 | 8:00 a 5:00 | 8:00 a 3:00 | (am/pm) | 0 | 0 |
| Horas: | 9 | 7 | 9 | 7 | 8:00 a 5:00 | 0 | 0 |
| | 9 | | | | | | |
| MI HORARIO+ | Lunes | Mar. | Miér. | Jue. | Vier. | Sáb. | Dom. |
| Trabajo* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |
| Educación/capacitación* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |
| 2º ADULTO CUIDADOR* | Lunes | Mar. | Miér. | Jue. | Vier. | Sáb. | Dom. |
| Trabajo* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |
| Educación/capacitación* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |

Si su horario varía, explique: _____

Sección 8:

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|-----------------------------|---------------------------|
| Nombre del niño*: | | | | | | Fecha de vigencia inicial*: | Fecha de vigencia final*: |
| Nombre y N°. de licencia del proveedor*: | | | | | | | |
| Dirección del proveedor*: | | | | | | | |
| Ejemplo: Horario: Horario de atención al público: | <i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7 | <i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7 | <i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Sáb.</i> 0 0 | <i>Dom.</i> 0 0 |
| Día | Lun. | Mar. | Miér. | Jue. | Vier. | Sáb. | Dom. |
| Horario* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |
| ¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción? Inicio: ___/___/___ Final: ___/___/___ | | | | | | | |

HORARIOS DE LOS NIÑOS*

Ingrese el horario de cada niño. Indique cuándo piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa (si usa más de uno). Comprenda que el cuidado se aprueba conforme a los requisitos que reúna, así que adjunte una copia del horario o calendario escolar de cada niño en edad escolar.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|-------------------------------|------------------------------|
| Nombre del niño*: | | | | | | Fecha de vigencia de inicio*: | Fecha de vigencia de final*: |
| Nombre y N°. de licencia del proveedor*: | | | | | | | |
| Dirección del proveedor*: | | | | | | | |
| Ejemplo: Horario: Horario de atención al público: | <i>Lunes (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Mar. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7 | <i>Miér. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Jue. (am/pm)</i> 8:00 a 3:00 7 | <i>Vier. (am/pm)</i> 8:00 a 5:00 9 | <i>Sáb.</i> 0 0 | <i>Dom.</i> 0 0 |
| Día | Lunes | Mar. | Miér. | Jue. | Vier. | Sáb. | Dom. |
| Horario* | | | | | | | |
| Horas* | | | | | | | |
| ¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y de final de su inscripción? Inicio: ___/___/___ Final: ___/___/___ | | | | | | | |

COPIE ESTA PÁGINA PARA HORARIOS ADICIONALES DE NIÑOS, SI LA NECESITA

Página _____ de _____

Sección 9:

PREGUNTAS SOBRE INGRESOS*: Enumere TODOS los ingresos. Si no hay ingresos, ingrese un cero.

Ingrese el total de los ingresos mensuales de la familia*

| Tipo de ingresos | Mis ingresos | Ingresos del 2do adulto cuidador | Tipo de ingresos | Mis ingresos | Ingresos del 2do adulto cuidador |
|--|--------------|----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|
| Salario (antes de impuestos)* | \$ | \$ | Beneficios del Seguro Social como sobreviviente, pagos de seguro por discapacidad permanente* | \$ | \$ |
| Ingresos por empleo autónomo* | \$ | \$ | Bonos de arriendo/regalías* | \$ | \$ |
| Propinas o _____% en comisiones | \$ | \$ | Asignaciones militares* | \$ | \$ |
| Manutención de menores* | \$ | \$ | Prestaciones por paro* | \$ | \$ |
| Pensión alimenticia | \$ | \$ | Dividendos, intereses, ingresos de sucesiones o fideicomisos, ingresos netos de arriendos, regalías* | \$ | \$ |
| Recursos líquidos (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes, etc.) | \$ | \$ | Pagos de jubilación y pensiones* (pensiones de veteranos, Seguro Social) | \$ | \$ |
| Recursos no líquidos (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.) | \$ | \$ | Seguro de desempleo* | \$ | \$ |
| Indemnización por accidentes laborales* | \$ | \$ | Otros ingresos* | \$ | \$ |
| | | | TOTAL DE INGRESOS* | \$ | \$ |
| | | | TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES* | \$ | |

OTROS INGRESOS* (si corresponde) ¿Usted o alguien más en su hogar reciben alguno de los siguientes tipos de ingresos? De ser así, complete el cuadro a continuación.

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| 1. Vale para vivienda o asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 2. Asistencia con vales para alimentos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, me gustaría presentar una solicitud | 3. Asistencia en efectivo o de atención médica para refugiados | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Colorado Works/asistencia con efectivo TANF | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 5. Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 6. Low-Income Energy Assistance (LEAP) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Pensión de la tercera edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 8. Ingresos de AmeriCorp | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Nombre de la persona que recibe los ingresos* | Tipo de ingresos (use el número que aparece anteriormente) * | | | ¿Con qué frecuencia los recibe**? (Mensualmente, semanalmente, etc.) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Otros cambios o comentarios que desee hacer:

Autorización para suministrar información

Por medio del presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____, en la administración del programa de servicios sociales, para que suministre información a cualquiera de las entidades que se enumeran a continuación. Libero al departamento del condado de toda responsabilidad por suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo
- toda autoridad de vivienda
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Autorizo a las personas, agencias o instituciones que aparecen a continuación para que suministren información al Departamento de Servicios Sociales del Condado en relación con mi solicitud para servicios sociales o el hecho de recibirlos. También autorizo la inspección y reproducción de los registros en su posesión relacionados conmigo por cualquier representante autorizado del departamento del condado. Libero a la persona, agencia o institución de toda responsabilidad por el hecho de suministrar tal información.

- Todo proveedor de cuidados infantiles que yo decida utilizar,
- todo empleador para quien yo trabaje o haya trabajado,
- toda documentación suministrada por empleo autónomo,
- toda escuela o institución de capacitación a la que yo pueda estar asistiendo,
- toda autoridad de vivienda,
- o toda otra información que pueda ser pertinente a mi solicitud para programas de asistencia pública o mi recepción de la misma inclusive Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge u otro adulto cuidador: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Acepto notificar al asistente social encargado de cuidado infantil en forma escrita en un lapso de diez (10) días si el total de los ingresos de mi hogar supera el 85% de la media de ingresos estatales (encontrado en www.coloradoofficeofearlychildhood.com) y debo informarle en un lapso de cuatro (4) semanas si llegan a cambiar las actividades que me permiten participar. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que pagar los beneficios que haya recibido si no tenía derecho a recibirlos.
2. Acepto que debo completar el proceso de re-determinación cuando sea necesario, con todas las verificaciones necesarias.
3. Acepto que debo verificar mis actividades que reúnen los requisitos. (Suministrando horarios de estudios/capacitación o laborales en el momento de la re-determinación y cada que mis actividades cambien.)
4. Acepto suministrar registros de búsqueda de empleo como lo exige el Condado.
5. Acepto que si estoy estudiando o en capacitación (opción del condado) que debo mantener un progreso satisfactorio con el fin de permanecer con derecho a la asistencia para el cuidado infantil para esta actividad. Un progreso satisfactorio es un promedio de calificaciones o GPA de por lo menos 2.0 o su equivalente o una posición académica conforme a los requisitos de graduación de la institución.
6. Acepto notificar por escrito al asistente social encargado del cuidado infantil y por lo menos con diez (10) días de antelación ANTES de cambiar proveedores de cuidado infantil, de lo contrario, el condado puede no pagarlo.
7. Acepto ser responsable de resolver los problemas que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
8. Acepto notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre el posible abuso o abandono de un niño mientras esté en cuidado infantil.
9. Comprendo que, si alguno de los padres en mi grupo familiar tiene empleo autónomo, yo/nosotros debo/debemos mantener unos ingresos promedio que excedan los gastos de negocios y estoy de acuerdo con mantener un registro y verificar los ingresos, gastos, horario laboral y la necesidad de cuidado para ayudar con la determinación de mi derecho a recibir la asistencia. También comprendo que debo suministrar documentación del IRS u otra agencia gubernamental con el fin de verificar mi condición como empleado autónomo.
10. Comprendo que, si se suministra cuidado infantil para mis actividades de empleo, entonces los salarios brutos imponibles divididos por la cantidad de horas que uso el cuidado infantil para mi empleo deben equivaler por lo menos al salario mínimo federal actual con el fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
11. Comprendo que, si se descubre que una persona ha dado información falsa intencionalmente por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses para la primera ofensa, veinticuatro (24) meses para la segunda ofensa, y de manera permanente para la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.
12. **CARGO PARA LOS PADRES:**
 - a. Acepto pagar el cargo para los padres que aparece en la notificación de autorización para cuidado infantil y que se debe pagar al proveedor el primer día de cada mes.
 - b. Comprendo que el cargo para los padres que debo pagar está basado en mis ingresos, el tamaño de mi grupo familiar y la cantidad de niños que reciben cuidado infantil y puede cambiar cuando reciba notificación por adelantado de parte del condado.
 - c. Comprendo que, si no pago este cargo, o hago los arreglos necesarios para plazos aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé los beneficios de cuidado infantil y no podré recibir asistencia para con ningún otro proveedor de cuidado infantil ni por medio de ningún otro condado.

DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

Debe presentar los siguientes documentos con este formulario:

SI TRABAJA, DEBE INCLUIR:

➔ Para personas con empleo autónomo, un estado de cuentas del negocio y copias de las ganancias totales del negocio, los gastos del negocio en los últimos treinta (30) días, y su horario laboral esperado. (Recuerde que debe obtener ganancias y debe cumplir con los requisitos del Sueldo mínimo federal para seguir reuniendo los criterios.

➔ Verificación de ingresos y del horario laboral. Debe adjuntar copias de todos los **recibos de sueldo de todos los integrantes del hogar para los últimos treinta días.** (Recuerde que debe cumplir con los requisitos del Sueldo mínimo federal para seguir reuniendo los criterios.

Si acaba de empezar un empleo nuevo, debe suministrar una copia de la carta de verificación de empleo que incluya: su sueldo, su horario, cantidad de horas de trabajo semanales, frecuencia con la que le pagan, y la fecha de su primer cheque de sueldo.

Si pierde su empleo o necesita ayuda con cuidado infantil mientras busca empleo, Job Search Child Care está disponible por un tiempo LIMITADO y debe tener autorización previa para usar los servicios de cuidado infantil para una Búsqueda de empleo.

SI SOLICITA CUIDADO MIENTRAS ESTUDIA O SE CAPACITA, DEBE INCLUIR:

- ➔ Una carta de la institución educativa o de capacitación que:
- (1) Verifica que está matriculado y progresando de manera satisfactoria.
 - (2) Identifica el programa en que está matriculado, y
 - (3) Identifica cuándo se espera que complete el programa.
 - (4) Fechas en que empieza y termina el trimestre, semestre o sesión.
 - (5) Días y horas de las clases, y
 - (6) Cantidad de créditos.

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta llame a Child Care Assistance Program (CCAP) en el departamento de servicios sociales/humanos de su condado.

Lista de control ¿Ha?:

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Completado la re-determinación | <input type="checkbox"/> | Adjuntado los recibos de cheque de sueldo necesarios | <input type="checkbox"/> | Adjuntado la carta de verificación de empleo (si tiene empleo nuevo) |
| <input type="checkbox"/> | Firmado y fechado el formulario de re-determinación | <input type="checkbox"/> | Adjuntado toda la información sobre capacitación | <input type="checkbox"/> | Adjuntado comprobante de todo otro ingreso |
| <input type="checkbox"/> | Adjuntado los horarios laborales o de educación o capacitación | <input type="checkbox"/> | Adjuntado toda la información sobre educación | <input type="checkbox"/> | |

Certifico que la información en este formulario es correcta, a mi mejor saber y entender. Comprendo que no notificar cambios o presentar información incorrecta puede dar lugar a la recuperación o a la suspensión de los beneficios de cuidado infantil. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir asistencia con los costos del cuidado de mis hijos.

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Firma de Adulto cuidador principal | Teléfono diurno | Fecha |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | Firma de Otro Adulto cuidador | Teléfono diurno | Fecha |

RECORDATORIOS IMPORTANTES

Si se descubre que una persona ha dado información falsa intencionalmente por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses para la primera ofensa, veinticuatro (24) meses para la segunda ofensa, y de manera permanente para la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.

Debe notificar los cambios en los ingresos cuando el total excede el ochenta y cinco por ciento (85%) de la media de los ingresos estatales, por escrito, en un lapso de diez (10) días calendarios de la fecha del cambio. También debe notificar si ya no se encuentra en su actividad que reúne los requisitos, por escrito, y en un lapso de cuatro (4) semanas calendario.

Los formularios para el Cambio en requisitos se pueden obtener del Colorado Child Care Assistance Program en el departamento de servicios sociales o humanos de su condado.

Hasta que se le haya aprobado para el Programa de asistencia con el cuidado infantil, tiene responsabilidad por los gastos del costo del cuidado infantil. Solicítele los detalles al asistente social encargado de requisitos.

Después de que se le apruebe para el Programa de asistencia con el cuidado infantil, tiene responsabilidad por el pago de los Cargos par padres (si corresponde) a su proveedor. Solicítele los detalles al asistente social encargado de requisitos.

Para permanecer con derecho al Programa de asistencia con el cuidado infantil tiene la responsabilidad de suministrar toda la información necesaria para completar su re-determinación. Solicítele los detalles al asistente social encargado de requisitos.

Los formularios para el Cambio en requisitos se pueden obtener del Colorado Child Care Assistance Program en el departamento de servicios sociales o humanos de su condado.

Hasta que se haya re-determinado que reúne los requisitos para el Programa de asistencia con el cuidado infantil, tiene responsabilidad por los gastos del costo del cuidado infantil.

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con cualquier acción que se tome con respecto a los beneficios de cuidado infantil, tiene el derecho a apelar.

- ◆ Si se le **deniegan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la denegación para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **cambian** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de quince (15) días de la fecha de la notificación del cambio para indicarle que desea apelar.
- ◆ Si se le **terminan** sus beneficios de cuidado infantil, debe llamar a su asistente social encargado del cuidado infantil antes de la fecha de vigencia de la terminación para indicarle que desea apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. Durante la audiencia, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona encargada de la audiencia no podrá ser la persona que originó el cambio o la decisión.

Antes de decidir si solicita una audiencia con el condado, le recomendamos conversar primero con su asistente social del departamento del condado encargado del cuidado infantil, y luego con el supervisor de esa persona. A menudo se pueden resolver sus preguntas e inquietudes si conversa con el personal del condado responsable del cambio en el subsidio de su cuidado infantil.

Si después de completar una audiencia con el condado, sigue en desacuerdo con la decisión, puede apelar la decisión ante el Estado siguiendo estos pasos:

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 lapso de 15 días de la fecha de envío de la Notificación de la decisión de la audiencia del condado.
3. En la carta debe indicar que desea apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué desea apelar la decisión. Si necesita ayuda con esto, puede solicitarle a cualquiera que le ayude, o puede conversar con una oficina de asistencia legal, o solicitarle a su representante del departamento de servicios sociales/humanos del condado que le ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud se presentó de manera oportuna. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos explicándole los siguientes 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 recolectar todos los beneficios suministrados para los que no tenía derecho.

La discriminación

Si cree que han discriminado en contra suya debido a raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja ante:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
1961 Stout Street – Room 1426
Denver, Colorado 80294
(303) 844-2024 o (303) 844-3439 (TDD)

Conserve esta página como referencia.