

Debe completarlo el personal de CCCAP:

Día en que se recibió la aplicación:

Determinación previa de elegibilidad:

Número de caso:

Sí

No

Determinada por:

Proveedor

Condado

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

Definiciones:

- **Usted:** el padre/madre o el tutor principal que está completando la solicitud.
- **Tutor:** un adulto legalmente responsable de cuidar a un niño, pero que no es el padre ni la madre.
- **Padres adolescentes** = 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/madre o el tutor de los niños que necesitan cuidado infantil.
- Completar este formulario no garantiza la asistencia para el cuidado infantil.
- Se deberán cumplir todos los criterios de elegibilidad para calificar y recibir la asistencia.
- Revise cada sección y proporcione toda la información solicitada.
- Si falta información, la solicitud se retrasará.
- Padres adolescentes: no incluya información sobre sus padres, aunque viva con ellos.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, póngase en contacto con la oficina del CCCAP de su condado.

ÍNDICE

Sección 1: Información del grupo familiar	3
Sección 2: Su información	5
Sección 3: Información del tutor/cónyuge	6
Sección 4: Información de los niños	7
Sección 5: Ingresos por empleo o trabajo por cuenta propia	11
Sección 6: Ingresos del tutor/cónyuge por empleo/trabajo por cuenta propia	12
Sección 7: Pago de manutención infantil por orden judicial	13
Sección 8: Manutención infantil recibida o exigida	13
Sección 9a: Otros ingresos	14
Sección 9b: Activos	17
Sección 10: Detalle de la capacitación/educación/educación de padres adolescentes	17
Sección 11: Detalles del programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias	18
Sección 12: Detalles de la discapacidad	19
Sección 13: Calendario de empleo/capacitación/escuela/búsqueda de empleo	20
Sección 14: Horario actual de cuidado de los menores	21
Aviso y reconocimiento de intercambio de datos	23
ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CUIDADO INFANTIL PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS	24
DERECHO A APELAR Y A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL	26

Sección 1: Información del grupo familiar (OBLIGATORIA)

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

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

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):		
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)	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			Idioma preferido que se habla en casa:		

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

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

* Si selecciona que le gustaría saber más, lo conectarán con esos programas para que complete los procesos de derivación o de solicitud para ver si califica.

Programas educativos Head Start/Early Head Start: Educación gratuita y de calidad para niños de 0 a 5 años (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 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. No estoy interesado
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 2: Su información (OBLIGATORIA, a menos que se indique lo contrario)

Su número de Seguro Social (opcional):		Su fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Su sexo: Masculino Femenino	
Raza (opcional, marque todas las que correspondan): Indio Americano o nativo de Alaska Asiático Blanco Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Negro Otra				Etnia (opcional): Hispano No hispano	
Grado más alto completado: Menos que la escuela secundaria o equivalencia de la escuela secundaria Carrera técnica Ph.D./Doctorado Escuela secundaria o equivalencia de la escuela secundaria Licenciatura Titulada No sabe Título de Maestría Otra:					
Estado civil:					
Casado, vive con su cónyuge		Casado, no vive con su cónyuge (voluntariamente)		Casado, no vive con su cónyuge (involuntariamente)	
En pareja		Soltero - Nunca se ha casado		Viudo Divorciado	

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

Empleado	Trabajador autónomo	Búsqueda de empleo	Formación/Educación
Programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias	Estudiante de secundaria/bachillerato	Discapacitado	Guardia Nacional
Reservas militares	Personal militar en servicio activo (a tiempo completo)		

Sección 3: Información del tutor/cónyuge

OBLIGATORIO: ¿Tiene un tutor/cónyuge? Sí No

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

Apellido del tutor/cónyuge:		Nombre del tutor/cónyuge:		Inicial del segundo nombre del tutor/cónyuge:	
Número de Seguro Social (opcional):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Sexo: Masculino Femenino	
				Relación con usted:	
Correo electrónico del tutor/cónyuge (opcional):					
Raza (opcional, marque todas las que correspondan):			Etnia (opcional):		
Indio Americano o nativo de Alaska		Asiático		Blanco	
Nativo de Hawái o isleño del Pacífico		Negro		Otra	
Grado más alto completado:					
Menos que la escuela secundaria o equivalencia de la escuela secundaria		Carrera técnica		Ph.D./Doctorado	
		Licenciatura Titulada		No sabe	
Escuela secundaria o equivalencia de la escuela secundaria		Título de Maestría		Otra:	
Estado civil:					
Casado, vive con su cónyuge		Casado, no vive con su cónyuge (voluntariamente)		Casado, no vive con su cónyuge (involuntariamente)	
En pareja		Soltero - Nunca se ha casado		Viudo Divorciado	

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

Empleado	Trabajador autónomo	Búsqueda de empleo	Formación/Educación
Programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias	Estudiante de secundaria/ bachillerato	Discapacitado	Guardia Nacional
Reservas militares	Personal militar en servicio activo (a tiempo completo)		

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

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:	
Número de Seguro Social (opcional):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: Masculino Femenino		Relación con usted:
Estatus de ciudadanía: Ciudadano No ciudadano Inmigrante calificado ¹	Raza (opcional, marque todas las que correspondan): Indio Americano o nativo de Alaska Negro Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco Asiático Otra			Etnia (opcional): Hispano No hispano	
¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo? Sí No			¿Está solicitando cuidado para este niño? Sí No		
Condición 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:			¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? Sí No		

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

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

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar, independientemente de que solicite o no cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:	
Número de Seguro Social (opcional):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: Masculino Femenino	Relación con usted:	
Estatus de ciudadanía: Ciudadano No ciudadano Inmigrante calificado ¹	Raza (opcional, marque todas las que correspondan): Indio Americano o nativo de Alaska Negro Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco Asiático Otra			Etnia (opcional): Hispano No hispano	
¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo? Sí No			¿Está solicitando cuidado para este niño? Sí No		
Condición 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:			¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? Sí No		

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

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

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar, independientemente de que solicite o no cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:	
Número de Seguro Social (opcional):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: Masculino Femenino	Relación con usted:	
Estatus de ciudadanía: Ciudadano No ciudadano Inmigrante calificado ¹	Raza (opcional, marque todas las que correspondan): Indio Americano o nativo de Alaska Negro Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco Asiático Otra			Etnia (opcional): Hispano No hispano	
¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo? Sí No			¿Está solicitando cuidado para este niño? Sí No		
Condición 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:			¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? Sí No		

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

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

***Incluya a todos los niños de su grupo familiar, independientemente de que solicite o no cuidado para ellos.**

Apellido del niño:		Primer nombre del niño:		Inicial del segundo nombre del niño:	
Número de Seguro Social (opcional):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Sexo: Masculino Femenino	Relación con usted:
Estatus de ciudadanía: Ciudadano No ciudadano Inmigrante calificado ¹	Raza (opcional, marque todas las que correspondan): Indio Americano o nativo de Alaska Negro Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco Asiático Otra				Etnia (opcional): Hispano No hispano
¿Es este niño parte de un acuerdo de Custodia compartida o de otro tipo? Sí No			¿Está solicitando cuidado para este niño? Sí No		
Condición 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:			¿Tiene este niño una discapacidad u otras necesidades especiales de cuidado? Sí No		

COPIE ESTA PÁGINA SEGÚN SEA NECESARIO PARA OTROS NIÑOS

Página ____ de ____

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 5: Ingresos por empleo o trabajo por cuenta propia

OBLIGATORIO: ¿Tiene ingresos por empleo o trabajo por cuenta propia? Sí No

Si respondió **SÍ**, debe completar la siguiente tabla: **Escriba todos los empleos (REQUIERE VERIFICACIÓN)**. Si respondió **NO**, pase a la sección 6.

Incluya los últimos treinta (30) días de recibos de sueldo para la verificación; si los últimos 30 días no representan sus ingresos regulares, presente recibos de sueldo adicionales para determinar la elegibilidad con precisión.

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

Nombre del empleador o de la empresa:	Dirección y número de teléfono del empleador o de la empresa	Fecha de inicio del 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 6: Ingresos del tutor/cónyuge por empleo/trabajo por cuenta propia

OBLIGATORIO: ¿Tiene usted, o el tutor/su cónyuge, ingresos por empleo o por trabajo por cuenta propia? Sí No

Si respondió SÍ, debe completar la siguiente tabla: Escriba todos los empleos (REQUIERE VERIFICACIÓN). Si respondió NO, pase a la sección 6.

Incluya los últimos treinta (30) días de recibos de sueldo para la verificación; si los últimos 30 días no representan sus ingresos regulares, presente recibos de sueldo adicionales para determinar la elegibilidad con precisión.

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

Nombre del empleador o de la empresa:	Dirección y número de teléfono del empleador o de la empresa	Fecha de inicio del 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 respondió SÍ, deberá completar la información de abajo para cada persona de su grupo familiar que tenga otros ingresos:
Si respondió NO, pase a la sección 9b.

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: Detalle de la capacitación/educación/educación de padres adolescentes

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

OBLIGATORIO: ¿Está usted, o el tutor adicional/su cónyuge, participando en una actividad de capacitación/educación? ☐ Sí ☐ No

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

Sección 11: Detalles del programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias

OBLIGATORIO: ¿Usted o un tutor/cónyuge adicional participan en un programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias? Sí No

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente tabla: Si la respuesta es NO, pase a la Sección 12.

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
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 12: Detalles de la discapacidad

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

Si respondió SÍ, complete la siguiente tabla: (REQUIERE VERIFICACIÓN)
Si respondió NO, pase a la sección 13.

Nombre de la persona:		Fecha de inicio:
Tipo de discapacidad: Permanente Temporal; fecha prevista de finalización	¿Puede esta persona ocuparse de los niños? Sí No	Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde):
Nombre de la persona:		Fecha de inicio:
Tipo de discapacidad: Permanente Temporal; fecha prevista de finalización	¿Puede esta persona ocuparse de los niños? Sí No	Fecha en la que el médico hará una revisión (si corresponde):

Sección 13: 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 14: 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:	

Aviso y reconocimiento de intercambio de datos

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

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

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

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

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

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

1. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil por escrito en un plazo de diez (10) días calendario si el total de los ingresos de mi grupo familiar supera el 85 % de los Ingresos Medios del Estado (SMI) e informar en un plazo de cuatro (4) semanas de cualquier cambio en la actividad que hace que califique. Entiendo que también debo presentar una verificación de estos cambios y que tendré que devolver cualquier beneficio que haya recibido y para el cual no era elegible. Las cantidades de los ingresos según el tamaño del grupo familiar se puede encontrar en cdec.colorado.gov.
2. Completar el proceso de redeterminación, incluida la entrega de un paquete de redeterminación completo y toda verificación requerida, cuando sea necesario, para mantener mis beneficios del CCCAP.
3. Proporcionar a mi coordinador de cuidado infantil los registros de vacunación de mis hijos si aún no están en edad escolar y si el cuidado lo proporciona un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado no relacionado fuera de mi casa.
4. Notificar a mi coordinador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado. De no hacerlo, el condado podría no pagar por mi cuidado infantil.
5. Utilizar el Sistema de Seguimiento de la Asistencia (ATS) aprobado por el estado, como se ha diseñado, para registrar la entrada y la salida de mis hijos de la guardería en los días en que asistan. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención de ATS aprobada por el estado, registraré la entrada y la salida de mis hijos según las instrucciones de mi coordinador o proveedor de cuidado infantil.
6. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia con mi proveedor de cuidado infantil ni con ninguna otra persona y notificar a mi coordinador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado pide esta información.
7. Pagar a mi proveedor de cuidado infantil la tarifa para padres que figura en mi notificación de autorización de cuidado de niños en el mes en que se reciba el cuidado.
8. Si mi caso del CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que yo proporcione la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado reciba la verificación. También comprendo que seré responsable del pago durante la interrupción del servicio.

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

1. Si yo, o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado infantil, estoy/está empleado por cuenta propia, yo/nosotros debemos mantener ingresos promedio que excedan los gastos del negocio y estoy de acuerdo en llevar un registro y presentar una verificación

de los ingresos, los gastos, el horario de trabajo y la necesidad de cuidado para ayudar en la determinación de mi elegibilidad.

2. Si el cuidado infantil se proporciona para una actividad laboral o de empleo por cuenta propia, el salario bruto sujeto a impuestos dividido entre la cantidad de horas trabajadas debe ser igual a, por lo menos, el salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo el cuidado infantil. Si un proyecto de empleo por cuenta propia tiene menos de doce (12) meses y no estoy ganando el salario mínimo, se lo comunicaré a mi coordinador de cuidado infantil para poder utilizar el Período de Lanzamiento de Empleo por Cuenta Propia (Self-Employment Launch Period).
3. Mi tarifa para padres está basada en los ingresos contables del grupo familiar, el tamaño del grupo familiar y la cantidad de menores que necesitan cuidado, y está sujeta a cambios. Me informarán de mi nueva tarifa para padres en el momento de la solicitud o de la redeterminación; o cuando haya una reducción o incremento en la tarifa para padres de mi grupo familiar.
4. Si no pago mi tarifa para padres o no hago un acuerdo de pago aceptable con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia de cuidado con otro proveedor ni por medio de ningún otro condado.
5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil hemos dado intencionalmente información falsa por acción u omisión, los menores de mi grupo familiar no podrán recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción, y permanentemente por la tercera infracción. Este delito está sujeto a proceso judicial en virtud de las leyes federales y estatales.

YO/NOSOTROS certificamos que, según nuestro leal saber y entender, la información de este formulario es correcta. YO/NOSOTROS comprendemos que no informar de los cambios o dar información errónea puede dar lugar a la recuperación o a la interrupción de mis beneficios de cuidado infantil. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir ayuda con mis gastos de cuidado infantil.

Su firma:

Fecha:

Firma del tutor/cónyuge:

Fecha:

Gracias por completar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) en el departamento de servicios sociales y humanos de su condado.

DERECHO A APELAR Y A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con una medida adoptada en relación con los beneficios de cuidado infantil, usted tiene los siguientes derechos:

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

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

Le recomendamos que, antes de que decida solicitar una audiencia a nivel del condado, hable con el coordinador de cuidado infantil de su condado y con el supervisor del coordinador. Con frecuencia, sus preguntas y preocupaciones se pueden resolver hablando con el personal del condado responsable de realizar cambios en sus subsidios para el cuidado infantil.

Si después de la audiencia a nivel del condado aún no está de acuerdo con la decisión, siga estos pasos para apelar la decisión ante el estado:

1. Escriba una carta a:

Office of Administrative Courts

1525 Sherman Street 4th Floor

Denver, CO 80203

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

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

Discriminación

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

Office of Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services 1961 Stout Street

Room 08-148

Denver, CO 80294

Customer Response Center: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TDD: (800) 537-7697

Email: ocrmail@hhs.gov

Información de elegibilidad de CCCAP.

1. Recibe actualmente Colorado Works/TANF?

Si es así, debe solicitar asistencia para el cuidado infantil a través de su trabajadora/or en ese programa.

2. Está recibiendo actualmente asistencia para el cuidado infantil?

En caso afirmativo, debe comunicarse con su especialista en beneficios de cuidado infantil actual.

Para ser elegible para el programa de CCCAP de bajos ingresos, debe participar en una actividad elegible. El empleo, ser adolescente en la escuela secundaria o GED, la búsqueda de empleo y la escuela/universidad son actividades elegibles. Si su familia es de 2 adultos, ambos adultos deben participar en una actividad elegible o uno de los adultos debe estar incapacitado y no puede cuidar al niño o los niños (se requerirá verificación médica). Además, el ingreso bruto total de la familia debe estar por debajo de las pautas de ingresos máximos para el tamaño de la familia, como se detalla a continuación.

3. Usted se encuentra dentro de los lineamientos de ingresos requeridos para recibir subsidios para el cuidado infantil si el ingreso bruto mensual TOTAL de su familia está dentro del máximo definido a continuación:

Número de personas	Ingreso bruto máximo Vigente	A partir del 31 de Julio de 2026
2	\$ 3,260.63	
3	\$ 4,108.54	
4	\$ 4,956.46	Ejemplo
5	\$ 5,804.38	Ingreso bruto semanal X 4.33 =
6	\$ 6,652.29	Ingreso bruto mensual total
7	\$ 7,500.21	
8	\$ 8,348.13	
9	\$ 9,196.04	

4. Los niños que utilizarán la guardería son menores de 13 años?

De ser así, los niños que necesitan cuidado infantil se encuentran dentro de las pautas de edad para recibir subsidios de cuidado infantil. Los niños que tienen 13 años o más pero menos de 19 años y cumplen con los criterios de “necesidades especiales”, tienen una verificación escrita de un médico/otro profesional apropiado y del proveedor de cuidado infantil, pueden ser elegibles.

5. La asistencia para el cuidado infantil sirve para la búsqueda de empleo?

La búsqueda de empleo en la solicitud es una actividad elegible en el condado de El Paso. Si es elegible, se le autorizará hasta 13 semanas de búsqueda de empleo. Después de agotar el tiempo de búsqueda de empleo, debe estar en una actividad elegible de empleo, capacitación remunerada, escuela/universidad o padre adolescente en la escuela secundaria/GED para seguir siendo elegible para CCCAP.

6. La Asistencia de Cuidado Infantil para Adultos GED es capacitación laboral o educación postsecundaria?

Puede recibir hasta 104 semanas de beneficios de cuidado infantil mientras esté en una universidad acreditada (Licenciaturas título o menos) o programa acreditado de capacitación en habilidades laborales. También puede recibir hasta 52 semanas de beneficios de cuidado mientras esté en un GED para adultos, diploma de escuela secundaria, inglés como segundo idioma u otro programa de habilidades básicas

7. Es usted el padre biológico, un tutor legalmente establecido, un pariente consanguíneo o adoptivo, o individuo no relacionado que toma el lugar de un padre y necesita cuidado infantil para uno o más niños?

Una persona no emparentada que reemplaza a uno de los padres debe obtener una declaración jurada del padre del niño. Padre biológico o tutor legal que identifique al individuo no relacionado como el principal vigilante.

“Lista de verificación para los requisitos” Colorado Child Care Assistance Program (Bajos ingresos)

**Este documento le indica los documentos necesarios para determinar si reúne los requisitos para recibir CCCAP (Categoría de bajos ingresos para asistencia con cuidado infantil).
Presente estas verificaciones de inmediato, o a más tardar treinta (30) días a partir de la fecha de la solicitud.**

No presentar la información necesaria puede dar lugar a la denegación de su solicitud.

Verificación necesaria

La siguiente información es **necesaria** para la tramitación de su solicitud de CCCAP:

_____ 1. Ingresos ganados

A. Verifique los treinta (30) últimos días de ingresos con copias de los talones de cheques, documento impreso con su salario, o verificación por escrito de su empleador.

Si los últimos treinta (30) días no suministran una indicación acertada de los ingresos esperados, un condado puede exigir comprobante de hasta doce (12) de los más recientes meses de ingresos. Un adulto cuidador también puede suministrar comprobante de hasta doce (12) de los meses más recientes de ingresos si eligen hacerlo, si dichas pruebas reflejan con más exactitud el nivel de ingresos actual del adulto cuidador.

B. Además, **su empleador** debe completar y **firmar** la carta de comprobante de empleo suministrada.

C. Empleado autónomo: Incluya formularios anteriores de impuestos o comprobante de condición de empleo autónomo (Nº. de FEIN del IRS, licencia de negocios, etc.); estados de pérdidas y ganancias; estado de cuentas que indiquen los totales continuos de ingresos y gastos; copias de todos los recibos de todos los ingresos y gastos; cantidad de horas trabajadas cada semana y horario laboral (días/horas).

_____ 2. Horario laboral comprobado por el empleador

Su empleador puede incluir el horario laboral suyo en la carta de verificación de empleo suministrada. Esto debe incluir los días y las horas en que está disponible, si el horario varía.

_____ 3. Ingresos no salariales

Ejemplos: Manutención infantil, Indemnización por accidentes laborales, beneficios por desempleo, beneficios del Seguro Social como sobreviviente y por discapacidad, beneficios de la Administración de Veteranos, dinero del GI Bill, etc. Los comprobantes incluyen cartas de adjudicación, talones de cheques, etc.

- _____ 4. **Institución educativa/Universidad**
Una carta de la institución educativa o universidad donde haya completado sus estudios con la fecha esperada de graduación; horario de clases (días y horas); carta de adjudicación de asistencia financiera; comprobante de dinero militar para la educación (GI Bill, etc.); carta del empleador de trabajo mientras estudia (Work-Study) con horario y firmada por el empleador y completar el Acuerdo de intenciones y responsabilidades educativas (Education Intentions/Responsibilities Agreement).
- _____ 5. **Proveedor de cuidado infantil**
Nombre del proveedor de cuidado infantil con quien **tiene inscripción comprobada** y ha empezado los trámites. Si el proveedor es un amigo o pariente sin licencia ni contrato con El Paso County, complete y devuelva el formulario "Selección de proveedor calificado sin licencia". Este formulario se debe solicitar de CCCAP.
- _____ 6. **Acuerdo firmado de responsabilidad del cliente (formulario SS-5)**
Este formulario debe estar firmado por todos los adultos cuidadores en el grupo familiar.
- _____ 8. **Solicitud de CCCAP**
Complete **todas** las secciones y páginas de la solicitud, complete la página 3 para cada niño o para el 2^{do} adulto en el grupo familiar (puede necesitar copias) y todos los adultos cuidadores deben firmar todos los lugares para la firma en la solicitud.
- _____ 9. **Documentos de identificación**
Documento de identificación con foto para usted mismo, cónyuge, pariente cuidador, tutor y todo otro adulto cuidador en el grupo familiar.
- _____ 10. **Ciudadanía/Condición como extranjero legal**
Es necesaria la verificación de **ciudadanía o condición como extranjero legal** para los niños.
EL PERSONAL DEL DHS DEBE REVISAR, COPIAR Y VALIDAR LOS DOCUMENTOS ORIGINALES. NO SE PUEDE ACEPTAR COPIAS.
- _____ 11. **Comprobante de residencia/Dirección**
Un comprobante de su dirección puede ser un contrato de arriendo, estado de cuenta de hipoteca, factura actual de servicios públicos, tarjeta de inscripción como votante, registro del vehículo, etc.
- _____ 12. **Comprobante de horario de tutela compartida (si corresponde)** Documentos del divorcio, del tribunal, etc.

Request for Employment and Earnings Verification

For Office Use Only: Case Name _____ Case Number _____ Technician (Case Manager) _____	From: El Paso County Department of Human Services P.O. Box 2692 Colorado Springs, CO 80901 719-444-8108 FAX <u>DHSCCAPinbox@elpasoco.com</u>
--	--

RELEASE

I give my permission for (employer) _____
to release this information to El Paso County Department of Human Services.

Signature: _____ Date: _____

Employee Name (Print): _____ **Social Security No.** _____

Place of Employment: _____

Job Title: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Effective Date of Employment: _____

Pay Periods (Mark one)

☐ Once a month ☐ Once a week
☐ Every two weeks ☐ Twice a month

Day of week paid: _____

Rate of hourly pay: \$ _____

Hours worked per week: _____

Date of first check: _____

Is health insurance available? ☐ yes ☐ no

Is paid sick/vacation available? ☐ yes ☐ no

Work Schedule

Please be specific and state ALL possible shifts and/or hours and days:

☐ Please provide wage information for the period specified on the back. Payroll records are also acceptable.

☐ If **NOT** currently employed by your firm:

Date of termination: _____

Reason for termination: _____

Date of final pay: _____

Gross amount of final pay: \$ _____

Please complete and return this form in 5 days. Thank you for your cooperation.

Signature of employer/representative _____

Please print name of employer/representative _____

Title _____ **Phone** _____ **Date** _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del proveedor: _____ N°. de licencia del proveedor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de inicio del cuidado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

Nombre del niño	Edad	*¿Qué días de la semana necesita cuidado su niño? *¿Necesita cuidado a tiempo completo (MÁS de 5 horas por día) o a tiempo parcial (MENOS de 5 horas por día)? *¿Necesita cuidado durante el día, durante la noche o los fines de semana? Ejemplo: Lun. a vier. TC Día	*¿En qué grado está el niño? *Kinder de medio día o día completo (si es de edad escolar)	Nombre de la escuela y N°. del distrito escolar (si es de edad escolar)

¿Necesita cuidado antes o después del horario escolar? _____ Sí _____ No

¿Necesita cuidado los días en que la escuela está cerrada? _____ Sí _____ No

¿El proveedor transportará al niño o niños a la escuela o a otro proveedor? _____ Sí _____ No

INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES O TUTORES

Nombre del padre o la madre: _____ Firma del padre o la madre _____

Fecha _____ Número de caso _____

EL PASO COUNTY

COLORADO

COMMISSIONERS:
STAN VANDERWERF (CHAIR)
CAMI BREMER (VICE -CHAIR)

HOLLY WILLIAMS
CARRIE GEITNER
LONGINOS GONZALEZ, JR.

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
STACIE KWITEK-RUSSELL, EXECUTIVE DIRECTOR

Name of School/College: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

School is Accredited by: _____

Effective Date of Enrollment: _____

The following information is needed to verify that **(print name of student):** _____
is eligible for Day Care Services. Please be as specific as possible. **SS#:** _____

1. Does student already hold a college degree? _____
If yes, type and from what college? _____

2. Course of Study: _____

3. **Anticipated Graduation Date** (month/year): _____

4. **State specific job skills** that will be obtained. _____

5. Upon completion, the student will receive: (Circle one)

Associates Degree

Bachelor's Degree

Certificate

High School Diploma

GED

Master's Degree

Other _____

Signature of Academic Advisor

Title

Date

Please Print Name of Academic Advisor

RELEASE

I give my permission for (school) _____ to release
this information to El Paso County Department of Human Services.

Signature: _____

Date: _____

Client must attach:

1) Financial Aid Award Letter

2) Official class schedule for *current* semester

3) Verification of Work Study Hours (if applicable)

4) Satisfactory progress reports at the end of each semester.

++ Verifications must be submitted before the beginning of each semester. ++

For Office Use Only

Case Number: _____

Worker: _____

EPC-SVS-DC-12 CCCAP (Rev. 11/29/2022)

1675 W GARDEN OF THE GODS RD
OFFICE: (719) 636-0000



COLORADO SPRINGS, CO 80907
WWW.HUMANSERVICES.ELPASOCO.COM

WWW.ELPASOCO.COM

Formulario de elegir registro de votante

Instrucciones

Por favor, lea la siguiente información y complete y firme el formulario abajo. Esta agencia mantendrá el formulario para sus archivos.

Aviso Importante

Usted puede presentar una queja con el secretario de estado de Colorado si cree que alguien ha interferido con su derecho a :

- registrarse o declinar el registro para votar,
- privacidad en la decisión de registrarse o en solicitar para registrarse para votar, o
- elegir su propio partido político y otras preferencias políticas.

Enviar quejas a:

Colorado Secretary of State
1700 Broadway
Denver, CO 80290
Phone: (303) 894-2200

Usted puede solicitar el registro de votantes o actualizar su registro hoy

- Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, usted puede registrarse para votar aquí hoy.
- Si quiere ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de registro en privado.

¿Afecta los servicios que estoy solicitando el hecho de que llene o no llene el formulario de registro?

No. Solicitar registrarse o declinar el registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le proporcionará.

¿Qué tan privado es este proceso?

El nombre y lugar de la agencia u oficina pública donde recibió la solicitud de registro de votante no aparecerá en sus archivos. Si decide no usar esta solicitud para registrarse para votar, esto también es confidencial.

Complete y firme abajo

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿desea solicitar para registrarse para votar aquí hoy?

Por favor, sólo marque una de las casillas a continuación y firme abajo. Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por el momento.

☐ Sí, deseo solicitar para registrarme para votar hoy. (Por favor llene el Formulario de registro de votante)

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Es o será un residente del estado de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted se propone votar,
- Tiene por lo menos 16 años de edad, pero usted debe tener 18 años de edad o mayor en la fecha de una elección en la que usted se propone votar.
- NO está cumpliendo una condena debido a una condena por delito.

☐ No, no deseo solicitar para registrarme para votar hoy.

Su nombre completo (letra de imprenta)

Firma

Para uso de la oficina solamente

Date: _____

The applicant completed a voter registration form

☐ Yes ☐ No

The applicant requested and was given a voter registration form for later delivery

☐ Yes ☐ No

Employee Initials: _____

Formulario de registro de votante de Colorado

Llene todos los campos marcados con un asterisco (*)

Eligibilidad

1

* Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No si contesto "No", no complete est formulario.

Nombre

2

* Apellido

* Primer nombre

Segundo nombre

Sufijo

Identificación

3

Provee su fecha de nacimiento y su información de identificación

Recuerde escribir su fecha de nacimiento abajo.

-

-

-

*MM

*DD

*AAAA

☐ Tengo una licencia de conducir de CO válida o tarjeta de ID. Escriba dicho número aquí:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

☐ No tengo una licencia de conducir de CO o tarjeta de ID. Escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social aquí:

X

X

X

-

X

X

-

-

-

-

☐ No tengo una licencia de conducir de CO, tarjeta de ID, o número de seguro social.

La dirección donde usted vive

4

* Dirección (no apartados postales)

Número de unidad

* Ciudad o pueblo

CO

Estado

* Código postal

Condado de Colorado

☐ Estoy sin vivienda. Esta es el lugar al que devuelvo regularmente. También he proveído una dirección de correo postal en la sección 5.

La dirección donde usted recibe correo postal

5

☐ Igual que arriba

Dirección

Ciudad o pueblo

Estado

Código postal

La dirección para enviar la boleta

6

☐ Igual que arriba

Dirección

Ciudad o pueblo

Estado

Código postal

Afiliación política

7a o 7b

Me gustaría ser un miembro del siguiente partido político:

☐ American Constitution ☐ Approval Voting ☐ Center ☐ Democratic ☐ Green ☐ Libertarian ☐ No Labels ☐ Republican ☐ Unity

☐ Me gustaría estar sin afiliación

¿Actualizando un registro actual?

8

☐ No estoy actualizando un expediente ☐ Ya no estoy en el extranjero ☐ Ya no estoy ausente de Colorado debido al servicio militar

Dirección de domicilio anterior

Nombre legal anterior

Dirección de correo postal anterior

Afiliación política anterior

Declaración

9

Advertencia: Es un delito menor de Clase 1 a jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para votar.

Afirmación propia: Afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos; he sido residente de Colorado durante al menos veintidós días inmediatamente antes de la elección en la que intento votar; tengo al menos dieciséis años de edad; y entiendo que debo tener dieciocho años para ser elegible para votar en cualquier elección.

* Firma o marca

* Fecha

Firma del testigo

Fecha

Si usted no puede firmar, usted debe poner una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí.

Información Opcional

10

Número de teléfono con código de área

☐ Quisiera ser un juez electoral

Quiero recibir información electoral por correo electrónico: (No recibirá una boleta por correo electrónico)

Correo electrónico

Identidad de género (seleccione una): ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X ☐ No revelado

Secretary of State Approved 06-12-23

Form 115-S

[Article 2, Title 1, C.R.S.]

Información acerca de este registro

¿Cómo entrego este formulario?

Firme el formulario. Luego, envíe por correo, entregue o escanee el formulario firmado y envíelo por correo electrónico al secretario y registrador de su condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.VayaVotarColorado.gov.

También puede enviar el formulario a:

Colorado Department of State
Elections Division
1700 Broadway, Suite 550
Denver, CO 80290

¿Soy elegible para registrarme para votar?

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos,
- Tiene 16 años, pero debe tener al menos 18 años para votar en una elección
- Es un residente de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted intenta votar.
- Actualmente no está cumpliendo una condena de prisión por delito mayor.

Si no sé el número de mi licencia de conducir o de identificación de Colorado, ¿puedo proporcionar mi número de seguro social en su lugar?

No. Si usted tiene una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado emitida por el departamento de ingresos de Colorado, usted debe proporcionar dicho número.

Si no tengo una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado, ¿todavía puedo registrarme para votar?

Sí. Un solicitante quien está calificado para votar en este estado, pero no tiene una licencia de conducir, tarjeta de identificación, o el número de seguro social, puede aún registrarse para votar. En tales casos, la persona puede ser obligada a proveer una forma de identificación aceptable. Una lista de formas de identificaciones aceptables se encuentra en www.VayaVotarColorado.gov.

¿Cómo sabré si mi registro fue procesado?

Si se está registrando para votar por primera vez en el estado de Colorado, su solicitud será procesado dentro de 2 semanas. Aproximadamente 20 días después de que el secretario y registrador de su condado reciba su formulario de registro, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo.

Si usted está usando este formulario para actualizar un registro actual, puede revisar su estado visitando www.VayaVotarColorado.gov y haciendo clic en "Encontrar Mi Registro de Votante."

Si se está pre-registrando para votar, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo y podrá revisar el estado una vez que sea elegible para votar.

Información para votantes sin afiliación

Estoy registrado como sin afiliación. ¿Podré votar en las elecciones primarias?

Sí. Votantes sin afiliación son elegibles para votar en las elecciones primarias de cualquier partido, pero solo que podrán votar la boleta de un solo partido.

¿Puedo participar en la reunión de caucus de un partido si estoy sin afiliación?

No. Para participar en la reunión de caucus de un partido usted debe **afiliarse** al partido antes del caucus del partido. Sin embargo, usted todavía esta elegible para votar en la elección primaria de cualquier partido participante.

Otras preguntas frecuentes sobre el registro y la votación

¿Necesitaré identificación para votar?

Si vota en persona, sí. Si usted esta votando por correo por primera vez, es posible que tenga que presentar una fotocopia de su identificación.

Una lista completa de las formas de identificación aceptables se puede encontrar en www.vayavotarcolorado.gov.

¿Cómo puedo recibir una boleta por correo?

Si usted se registra para votar por lo menos ocho días antes de una elección llevado a cabo por el secretario y registrador de su condado, el secretario automáticamente le enviará una boleta por correo. Si usted se registra después del octavo día antes de una elección, usted debe visitar uno de los centros de servicio y votación en su condado para recibir una boleta.

¿Podré registrarme para votar si he sido detenido o se me ha condenado de un delito?

Sí, si usted

- Está en libertad condicional por un delito o crimen menor;
- Es un detenido previo al juicio, en espera del juicio;
- Está actualmente en la cárcel, sirviendo una sentencia de un delito menor solamente; O
- Ya no está cumpliendo una condena de prisión debido a una condena por delito mayor.

Si estuvo registrado anteriormente y estuvo encarcelado debido a una condena por delito mayor, ese registro se habrá cancelado y deberá volver a registrarse si desea votar.

¿Qué información recibiré por correo electrónico?

Al elegir recibir información electoral por correo electrónico, puede recibir información sobre las próximas actividades electorales y otra correspondencia electoral por correo electrónico del secretario y registrador de su condado. Sin embargo, las boletas y algunos envíos serán enviados por correo. Según la ley de Colorado, su dirección de correo electrónico está protegida. No se compartirá con nadie.

¿Será mi información disponible públicamente?

Algunos de los datos que usted proporciona en este formulario son información pública, tal y como exige la ley. Su número de seguro social, número de licencia de conducir, mes y día de nacimiento, firma y correo electrónico son confidenciales. Usted puede ser elegible para conservar más información de su registro en privado. Para más detalles, póngase en contacto con su secretario y registrador.

¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas?

Comuníquese con el secretario y registrador de su condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.VayaVotarColorado.gov.

Usted también puede comunicarse con la oficina del secretario de estado:

Teléfono: 303-894-2200

Fax: 303-869-4861

Correo electrónico: State.ElectionDivision@coloradosos.gov