

Solicitud para servicios de cuidado de niños

Atención: Áreas sombreadas son para uso del condado solamente

Todos los terminos marcados con (*) DEBEN ser llenados

Confidentiality Set: CWCC:	Primary Adult State ID:
Assigned to Caseload*:	CHATS Case #: Legacy #:
Date Application Received*:	Intake Completed by:

La finalización de esta solicitud no garantiza que usted recibirá ayuda para el cuidado de niños.

- Todo criterio de elegibilidad debe ser reunido para que usted califique y reciba la ayuda
- Por favor proporcione toda la información (véa la página 17 para información adicional que usted debe proveer). La falta de información retrasará su solicitud (*=información requerida)

Padres adolescentes: No incluyan la información de sus padres aún si viven con ellos.

Sección 1: Información del solicitante			¿Es usted el adulto primario de cuidado*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de la solicitud*:			Sí si, favor de también llenar la sección 2		
Apellido*:			Primer nombre*:		Segunda Inicial:
Dirección de domicilio*:			Dirección de correo*: <input type="checkbox"/> Misma que domicilio		
Ciudad*:	Estado:	Código postal*:	Ciudad*:	Estado:	Código postal*:
Condado*:			Condado*:		
Idioma de preferencia en la casa:			Address Verification:		
Información de contacto: Favor de llenar al menos una de esta secciones.	Teléfono de casa: () Mejor hora para llamar:		Teléfono de trabajo: () Ext Mejor hora para llamar:		Teléfono celular: () Mejor hora para llamar:
	Número de contacto de emergencia: () Ext		Nombre del contacto de emergencia		
Correo electrónico:					
Método de contacto de preferencia*: <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico					
Otra información:					
Marque abajo los beneficios que su unidad familiar esté recibiendo:					
¿Ayuda de vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿TANF?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ayuda alimenticia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí No, le gustaría recibir ayuda alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ayuda de LEAP / SSI / OAP / Ayuda médica para refugiados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Case Worker Only:					
Client Search Completed:			Other Cases:		

Sección 2: Adulto del cuidado primario (mismo que el solicitante, Sección 1)			
PA			
Apellido*:		Primer nombre*:	Segunda Inicial:
Fecha de nacimiento*:	Edad:	Verification:	
Número de Seguro Social (opcional):		Identity Verified:	
Género*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Verification:	
Estado migratorio*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No-ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado		Verification:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), vivo con esposo(a) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (involuntario) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (voluntario) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) – nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Étnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		Raza (opcional, todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico	
Grado más alto que completo: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
ACTIVIDAD* (Marque todas las que apliquen a usted – llene en detalle la sección (#) para cada actividad)			
<input type="checkbox"/> Discapacitado (9/11)	<input type="checkbox"/> Recibe manutención de niños (14)	<input type="checkbox"/> Empleado (6)	<input type="checkbox"/> Empleado-independiente (6+8)
<input type="checkbox"/> Escuela primaria (16)	<input type="checkbox"/> Educación de padres adolescentes (15)	<input type="checkbox"/> Buscando empleo (12)	<input type="checkbox"/> Otro Ingreso (Ingresos no de trabajo) (7)
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Educación (10)	<input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (10)	<input type="checkbox"/> Paga manutención de niños (13)	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (10)
<input type="checkbox"/> GED/Diploma de Preparatoria (10)	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria (15)		
Sección 3: Otros individuos en su unidad familiar (Adultos y niños)			Rel
Llene la sección 3 para cada adulto y niño en la unidad familiar			Ch #
Apellido*:		Primer nombre*:	Segunda inicial:
Fecha de nacimiento*:	Edad:	Verification:	
Número de Seguro Social (opcional):		Identity Verified:	
Género*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Verification:	
Estado migratorio*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No-ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado		Verification:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), vivo con esposo(a) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (involuntario) <input type="checkbox"/> Casado no vivo con esposo(a) (voluntario) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) – nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Étnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido		Raza (opcional, todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico	
Grado más alto que completo: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
ACTIVIDAD* (Marque todas las que apliquen a este individuo – llene en detalle la sección correspondiente a cada actividad marcada)			
<input type="checkbox"/> Discapacitado (9/11)	<input type="checkbox"/> Recibe manutención de niños (14)	<input type="checkbox"/> Empleado (6)	<input type="checkbox"/> Empleado-independiente (6+8)
<input type="checkbox"/> Escuela primaria (16)	<input type="checkbox"/> Educación de padres adolescentes (15)	<input type="checkbox"/> Buscando empleo (12)	<input type="checkbox"/> Otro Ingreso (Ingresos no de trabajo) (7)
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Educación (10)	<input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (10)	<input type="checkbox"/> Paga manutención de niños (13)	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (10)
<input type="checkbox"/> GED/Diploma de Preparatoria (10)	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria (15)		

Sección 3: Otros individuos en su unidad familiar (Adultos y niños)				Rel Ch #
Apellido*:		Primer nombre*:		Segunda inicial:
Fecha de nacimiento*:		Edad:		Verification:
Número de Seguro Social (opcional):		Identity Verified		
Género*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Verification:		
Estado migratorio*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No-ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado		Verification:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), vivo con esposo(a) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (involuntario) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (voluntario) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) – nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
Étnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido		Raza (opcional, todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico		
Grado más alto que completo: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido				
ACTIVIDAD* (Marque todas las que apliquen a este individuo – llene en detalle la sección correspondiente a cada actividad marcada)				
<input type="checkbox"/> Discapacitado (9/11)	<input type="checkbox"/> Recibe manutención de niños (14)	<input type="checkbox"/> Empleado (6)	<input type="checkbox"/> Empleado-independiente (6+8))	
<input type="checkbox"/> Escuela primaria (16)	<input type="checkbox"/> Educación de padres adolescentes (15)	<input type="checkbox"/> Buscando empleo (12)	<input type="checkbox"/> Otro Ingreso (Ingresos no de trabajo) (7)	
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Educación (10)	<input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (10)	<input type="checkbox"/> Paga manutención de niños (13)	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (10)	
<input type="checkbox"/> GED/Diploma de Preparatoria (10)	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria (15)			

Sección 3: Otros individuos en su unidad familiar (Adultos y niños)				Rel Ch #
Apellido*:		Primer nombre*:		Segunda inicial:
Fecha de nacimiento*:		Edad:		Verification:
Número de Seguro Social (opcional):		Identity Verified:		
Género*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Verification:		
Estado migratorio*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No-ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado		Verification:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), vivo con esposo(a) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (involuntario) <input type="checkbox"/> Casado, no vivo con esposo(a) (voluntario) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) – nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
Étnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido		Raza (opcional, todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico		
Grado más alto que completo: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido				
ACTIVIDAD* (Marque todas las que apliquen a este individuo – llene en detalle la sección correspondiente a cada actividad marcada)				
<input type="checkbox"/> Discapacitado (9/11)	<input type="checkbox"/> Recibe manutención de niños (14)	<input type="checkbox"/> Empleado (6)	<input type="checkbox"/> Empleado-independiente (6+8))	
<input type="checkbox"/> Escuela primaria (16)	<input type="checkbox"/> Educación de padres adolescentes (15)	<input type="checkbox"/> Buscando empleo (12)	<input type="checkbox"/> Otro Ingreso (Ingresos no de trabajo) (7)	
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Educación (10)	<input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (10)	<input type="checkbox"/> Paga manutención de niños (13)	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (10)	
<input type="checkbox"/> GED/Diploma de Preparatoria (10)	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria (15)			

Sección 4: Detalles de relación* Llene para cada individuo de las secciones 2 y 3			
Nombre de adulto primario:	Relación: mismo	Individuo:	Relación al adulto primario:
Individuo:	Relación al adulto primario:	Individuo:	Relación al adulto primario:
Individuo:	Relación al adulto primario:	Individuo:	Relación al adulto primario:
Individuo:	Relación al adulto primario:	Individuo:	Relación al adulto primario:
Verification:			

Sección 5: Solicitud de cuidado para los niños y documentación de vacunas* (Llene para cada niño en la sección 3)				
Nombre de niño:	Solicita cuidado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:	
Nombre de niño:	Solicita cuidado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:	
Nombre de niño:	Solicita cuidado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:	
Nombre de niño:	Solicita cuidado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:	
Nombre de niño:	Solicita cuidado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vacunado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:	

Case Worker Notes Section A: Primary Activities/ CHATS Windows Checklists – COUNTY USE ONLY		
CWCC Case Notes:	Confidentiality Set:	
Household Members	CHATS Activity Windows :	
Primary Adult Caretaker/ Other Adult Activities:	<input type="checkbox"/> Employment & Wage/Self Employment <input type="checkbox"/> Self Employment Expenses <input type="checkbox"/> Other Income <input type="checkbox"/> Teen Parent Education <input type="checkbox"/> Parent Training/Education	<input type="checkbox"/> Parent Disability <input type="checkbox"/> Child Support Deduction <input type="checkbox"/> Confidentiality <input type="checkbox"/> Child Support Enforcement <input type="checkbox"/> Job Search <input type="checkbox"/> Parent Schedule (Optional)
Child Activities:	<input type="checkbox"/> Child Disability <input type="checkbox"/> Elementary School (Schedule)	

Sección 6: Detalle de Información de empleo e ingresos:

Llene la sección 6 para cada adulto empleado y cada lugar de empleo en su unidad familiar– Adultos en la sección 3. Incluya empleo a través de CO WORKS y CO HIRE

Solicitante*:			Fecha en que comenzo el empleo*:			Fecha en qué termino el empleo:			
¿Es usted el adulto de cuidado primario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Es usted empleado-independiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí si, llene los gastos de empleados-independientes en la sección 8						
Nombre del patrón*:						DBA:			
Dirección del patrón:			Ciudad*:			Estado:		Código postal:	
¿Con que frecuencia le pagan*?			¿Es un empleo nuevo?		# de horas trabajadas*:	Propinas/Comisiones/Bonos:		Importe total antes de impuestos y deducciones*:	
<input type="checkbox"/> Hora	<input type="checkbox"/> Semanal		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Por:	\$		
<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas		Sí si, primer día de pago:				\$		
<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada 2 meses		¿Esté empleo es estacional/de temporada?				Por:		
<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semi-anual		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Por:		
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Una vez		Fecha en qué se estima terminar:						
Tipo de verificación*	Fecha de pago*	Frecuencia*	Horas trabajadas*	Horas que necesita el cuidado	Tarifa calculada de pago por hora:	Propinas/Comisiones/Bonos:		Importe total antes de impuestos y deducciones*:	

¿Espera usted algún descanso en su empleo?:

¿Descanso de postparto? Si No Fecha en qué comienza el descanso: _____ Fecha de regreso: _____

Vacaciones de la escuela/Descanso temporal/ Huelga? Si No Fecha en qué comienza el descanso: _____ Fecha de regreso: _____

Verification*:

Sección 6A: Horario de trabajo del solicitante

Llene esta sección por cada adulto en la unidad familiar de las secciones 2 y 3 que marcarón "empleados o empleados-independientes "en la actividad

Nombre:					Fecha de comienzo*:	Fecha en que termino:	
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							

Verification:

Sección 6: Información de empleo e ingresos

Nombre*:		Fecha en qué comenzo el empleo*:		Fecha en qué termino el empleo:			
		¿Es el individuo empleado-independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, llene la sección 8 de gastos de empleado-independiente					
Nombre del patrón*:				DBA:			
Dirección del patrón:		Ciudad*:		Estado:	Código postal:		
¿Frecuencia con la que se le paga al individuo*? <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos meses <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semi-anual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Una vez		¿Es un empleo nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí si, primer día de pago: _____		# de horas trabajadas*: Propinas/Comisiones/Bonos: \$ _____ Por: _____	Importe total antes de impuestos y deducciones*: \$ _____ Por: _____		
¿Esté empleo es estacional/de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en qué se estima terminar: _____		Por: _____					
Tipo de verificación	Fecha de pago*	Frecuencia*	Horas trabajadas*	Horas que necesita el cuidado	Tarifa por hora:	Propinas/Comisiones/Bonos:	Importe total antes de impuestos y deducciones*:
¿Espera usted algún descanso en su empleo?: ¿Descanso de postparto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en qué comienza el descanso: _____ Fecha de regreso: _____ Vacaciones de la escuela/Descanso temporal/ Huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en qué comienza el descanso: _____ Fecha de regreso: _____							
Verification*:							

Sección 6A: Horario de trabajo del adulto

Llene la sección 6A por cada adulto en la unidad familiar de las secciones 2 y 3 que marcaron "empleados o empleados-independientes" en la actividad

Individuo*:				Fecha en qué comenzo*:		Fecha en qué termino:	
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Date Change Reported:		Verification:					

Sección 7: Otro ingreso Llene la información en la sección 7 por cada adulto en su unidad familiar que marcarón "Otro Ingreso" en la actividad o un "Si" en las respuestas de abajo

Tipos de ingresos que no son de trabajo: Ayuda financiera de refugiados Seguro Social (Sobrevivientes, Discapacidad, Jubilado) Compensación de desempleo Jubilación o Pensión (No del SS) Aseguranza/recaudaciones de un acuerdo Intereses en cuentas de ahorro, CDs, IRAs, 401Ks Dividendos de acciones y bonos Beneficios de jubilación del ferrocarril Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anualidades Contribuciones en efectivo Pensión/Mantenimiento Bonos de arrendamiento/derechos Asignaciones Militares Beneficios de huelga Ingresos de fondos de inversión Ingresos de AmeriCorps Indemnización de trabajo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipos de ingresos que no son de trabajo: Vales de vivienda o ayuda financiera Colorado Works/ayuda financiera de TANF Ayuda de calefacción para familias de bajos ingresos (LEAP) Ingresos suplementales del seguro (SSI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ayuda médica para refugiados Ayuda de Medicaid/CHP+ Pensión para mayores de edad Ayuda alimenticia Otro (Defina con el individuo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Individuo:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en que termino:	# de caso/caso pendiente (si aplica)
	Fuente de ingreso (de arriba):	Ingreso Bruto	¿Cada cuando se recibe este ingreso?
Individuo:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en que termino:	# de caso/caso pendiente (si aplica)
	Fuente de ingreso (de arriba):	Ingreso Bruto	¿Cada cuando se recibe este ingreso?
Individuo:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en que termino:	# de caso/caso pendiente (si aplica)
	Fuente de ingreso (de arriba):	Ingreso Bruto	¿Cada cuando se recibe este ingreso?

Verification*:

Sección 8: Detalles de gastos para empleados-independientes (Llene la sección 8 para cada adulto en su unidad familiar de las secciones 2 y 3 que son empleados-independientes)

Nombre:				
Fecha del gasto:	Frecuencia:	Cantidad del gasto:	Verificado:	Cómo se verifico:

Verification:

Sección 8: Detalles de gastos para empleados-independientes

Nombre:				
Fecha del gasto:	Frecuencia:	Cantidad del gasto:	Verificado:	Cómo se verifico:

Verification:

Sección 9: Detalles de educación de padres adolescentes Llene la sección 9 por cada padre adolescente de su unidad familiar en las secciones 2 y 3 que marcarán "Educación de padres adolescentes" en la actividad

Nombre*:			
Número de créditos*:	Nombre de la escuela:	Tipo de escuela*: <input type="checkbox"/> GED/Preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria	Fecha anticipada para terminar:

Verification:

Sección 9: Detalles de educación de padres adolescentes

Nombre*:			
Número de créditos*:	Nombre de la escuela:	Tipo de escuela*: <input type="checkbox"/> GED/Preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria	Fecha anticipada para terminar:

Verification:

Sección 10: Detalles de entrenamiento/educación de adultos: (Llene la sección 10 para cada adulto de su unidad familiar en las secciones 2 y 3 que marcaron "Entrenamiento/Educación" en la actividad)

Nombre*:		Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
Número de créditos*:	Institución de entrenamiento:	Tipo de entrenamiento: <input type="checkbox"/> Educación básica de adultos <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Educación post-secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de GED/Preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades de trabajo <input type="checkbox"/> Programa de certificado	Fecha anticipada para terminar:

Verification:

Sección 10: Detalles de entrenamiento/educación de adultos:

Nombre *:		Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
Número de créditos*:	Institución de entrenamiento:	Tipo de entrenamiento: <input type="checkbox"/> Educación básica de adultos <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Educación post-secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de GED/Preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Entrenamiento en habilidades para trabajar <input type="checkbox"/> Programa certificado	Fecha anticipada para terminar:

Verification:

Sección 11: Detalles de discapacidad de adultos Llene la sección 11 para cada adulto en su unidad familiar de las secciones 2 y 3 que marcaron "discapacitado" en la actividad

Nombre*:		Fecha en qué se reporto la discapacidad*:	Fecha en qué termino la discapacidad:
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Fecha debida de revisión:	
¿Este individuo puede cuidar niños*? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:		

Sección 11: Detalles de discapacidad de adultos

Nombre*:		Fecha en qué se reporto la discapacidad*:	Fecha en qué termino la discapacidad:
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Fecha debida de revisión:	
¿Este individuo puede cuidar niños*? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Verification:		

Sección 12: Detalles de discapacidad de niños(as) Llene la sección 11 para cada niño(a) en su unidad familiar de la sección 3 que marcarón "Discapacitado" en la actividad

Nombre*:	Fecha en qué se reporto la discapacidad*:	Fecha en qué termino la discapacidad:
Describe los cuidados necesitados adicionales:	Tipo de intervención: <input type="checkbox"/> Nivel 1 – Bajo <input type="checkbox"/> Nivel 2 – Moderado <input type="checkbox"/> Nivel 3 – Alto <input type="checkbox"/> Nivel 4 – Intenso	Fecha debida de revisión:
Verification:		

Sección 12: Detalles de discapacidad de niños(as):

Nombre*:	Fecha en qué se reporto la discapacidad*:	Fecha en qué termino la discapacidad:
Describe los cuidados necesitados adicionales:	Tipo de intervención: <input type="checkbox"/> Nivel 1 – Bajo <input type="checkbox"/> Nivel 2 – Moderado <input type="checkbox"/> Nivel 3 – Alto <input type="checkbox"/> Nivel 4 – Intenso	Fecha debida de revisión:
Verification:		

Sección 13 : Detalles de pago de manutención de niños (Llene esta sección para cada adulto en su unidad familiar en las secciones 2 y 3 que marcarón "Pago manutencion de niños)" en la actividad

Nombre*:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
# de caso/caso pendiente*:	Cantidad de pago de manutención de niños que ordeno el juez*:	¿Con qué frecuencia se paga la cantidad*?
		Nombre de la persona que la recibe*:
Verification:		
ACSES Results		

Sección 13 : Detalles de pago de manutención de niños

Nombre*:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
# de caso/caso pendiente*:	Cantidad de pago de manutención de niños que ordeno el juez*:	¿Con qué frecuencia se paga la cantidad*?
		Nombre de la persona que la recibe*:
Verification:		
ACSES Results		

Sección 14 : Detalles de recibimiento de manutención de niños Llene la sección 14 para cada niño(a) de su unidad familiar en la sección 3 que recibe pagos de manutención de niños y/o tiene un padre(madre) ausente.

Nombre*:		¿Fue la manutención de niños orden del juez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si recibe la manutención de niños? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
# de caso/caso pendiente*:	Nombre del padre/madre ausente:	Cantidad de pago de manutención de niños que ordeno el juez*:	¿cada cuando se paga esta cantidad*?:

Verification:
ACSES Results

Sección 14 : Detalles de recibimiento de manutención de niños

Nombre*:		¿Fue la manutención de niños orden del juez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si recibe la manutención de niños? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
# de caso/caso pendiente*:	Nombre del padre/madre ausente:	Cantidad de pago de manutención de niños que ordeno el juez*:	¿cada cuando se paga esta cantidad*?:

Verification:
ACSES Results

Atención: Usted pueda que viva en un Condado donde uno de los requisitos es su participación en hacer cumplir una orden de manutención de niños para poder recibir los beneficios del cuidado de niños. Si su condado lo requiere usted debe cooperar para cualquier niño(a) que tenga un padre/madre ausente sin tener en cuenta la elegibilidad del cuidado de niños **al menos que haya una buena causa**. Para más detalles favor de comunicarse con la oficina del programa de ayuda del cuidado de niños de su condado local.

Good cause verification:

Sección 15: Detalles de búsqueda de empleo (Llene la sección 12 para cada adulto en la unidad familiar en las secciones 2 y 3 que marcarán "buscando empleo" en la actividad)

Nombre*:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
Actividades de buscando empleo		

Verification:

Section 15: Detalles de búsqueda de empleo

Nombre*:	Fecha en qué comenzo*:	Fecha en qué termino:
Actividades de buscando empleo		

Verification:

Sección 16: Horario para el cuidado del niño(a) Llene esta sección para cada niño(a) por el cual este solicitando cuidado ("Sí" en la sección 5)							
Nombre del niño(a)*: Nombre del proveedor*: Dirección del proveedor*:					Fecha en qué comenzo*:		Fecha en qué termina:
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Provider / Care Level / Verification:							

Sección 16: Horario para el cuidado del niño(a)							
Nombre del niño(a)*: Nombre del proveedor*: Dirección del proveedor*:					Fecha en qué comenzo*:		Fecha en que termina:
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Provider / Care Level / Verification:							

Sección 16: Horario para el cuidado del niño(a)							
Nombre del niño(a)*: Nombre del proveedor*: Dirección del proveedor*:					Fecha en qué comenzo*:		Fecha en que termina:
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Provider / Care Level / Verification:							

Sección 16: Horario para el cuidado del niño(a)							
Nombre del niño(a)*: Nombre del proveedor*: Dirección del proveedor*:					Fecha en qué comenzo*:		Fecha en que termina:
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Provider / Care Level / Verification:							

Sección 16: Horario para el cuidado del niño(a)							
Nombre del niño(a)*: Nombre del proveedor*: Dirección del proveedor*:					Fecha en qué comenzo*:		Fecha en que termina:
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							
# de horas							
Provider / Care Level / Verification:							

Autorización para suministrar información

Yo autorizo al Departamento de servicios sociales del condado de _____, que en el curso de administrar el programa de servicios sociales, de suministrar información obtenida directamente de mi, o de otra persona, agencia, o institución la cuál a suministrado información al departamento del condado con mi consentimiento por escrito, a lo siguiente.

El departamento del condado esta autorizado para dar la información a los siguientes:

A todo proveedor de cuidado de niños que yo elija utilizar, a todo patrón para quien yo trabaje, y/o a toda escuela o institución de entrenamiento que yo acuda.

Yo libero al departamento de cualquiera y toda responsabilidad por suministrar tal información.

Autorización para suministrar información

Yo autorizo a las personas, agencias, o instituciones nombradas abajo de suministrar información al Departamento de Servicios Sociales del Condado en relación a mi solicitud para o recibimiento de servicios sociales. Yo también permito inspección y reproducción de documentos en su posesión respecto a mi por cualquier representante autorizado del departamento del condado. Yo libero a la persona, agencia, o institución de cualquiera y toda responsabilidad por suministrar tal información.

- **Cualquier proveedor de cuidado de niños que yo elija utilizar,**
- **Cualquier patrón para quien yo trabaje,**
- **Cualquier documentación presentada para empleo-independiente,**
- **Y/o cualquier escuela o institución de entrenamiento que yo acuda,**
- **Cualquier otra información que pueda ser pertinente, incluyendo vivienda.**

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

RECORDATORIOS IMPORTANTES:

Usted debe reportar todo cambio en sus ingresos familiares (o pérdida de trabajo), dirección, número de teléfono, tamaño de familia, cambio de empleo o entrenamiento **por escrito** tan pronto ocurra el cambio, pero no más de 30 días.

Una forma de cambios de elegibilidad puede ser obtenida del programa de ayuda para el cuidado de niños de Colorado en el departamento de servicios sociales de su condado.

Hasta que usted sea aprobado para el programa de ayuda del cuidado de niños usted es responsable en pagar el costo del cuidado de niños. Favor de preguntar al trabajador del caso para más detalles.

Después de que usted sea aprobado para el programa de ayuda del cuidado de niños usted es responsable en pagar el costo de los honorarios del padre (si fuera aplicable) a su proveedor. Favor de preguntar al trabajador del caso para más detalles.

Para seguir siendo elegible para el programa de ayuda del cuidado de niños usted sera responsable de proporcionar toda la información requerida a tiempo en la fecha de su re-determinación. Favor de preguntar al trabajador del caso para más detalles.

¡USTED DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA!!!!

Certifico que la información en este formulario es correcta, al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falta de reportar cambios o dar información falsa puede resultar en una recuperación y/o en la discontinuación de los beneficios del cuidado de niños.

Firma del solicitante **Teléfono durante el día** **Fecha**

Otra firma **Fecha**

Gracias por llenar este formulario. Si usted tiene cualquier pregunta llame al programa de ayuda del cuidado de niños de Colorado (CCCAP) en su departamento de servicios sociales de su condado. Esperamos que sus arreglos de cuidado de niños funcionen bien para usted y que le ayuden en sus esfuerzos de empleo o de entrenamiento.

Su unidad familiar puede recibir ayuda del cuidado de niños que puede ser financiada por el programa de Colorado Works. Si es financiada por el programa de Colorado Works y si su elegibilidad es confirmada, usted será elegible para el programa de estampillas de comida sin que sus recursos (tales como coches) cuenten en la determinación de su elegibilidad. El ingreso de su unidad familiar se utilizará. Usted puede solicitar estampillas de comida llenando otra solicitud, pero no tiene que llenar las secciones que son las mismas que ya llenó en el formulario del cuidado de niños. Entregar la solicitud llena y completar el proceso de la entrevista para el programa de estampillas de comida puede también calificarlo para el programa de almuerzos gratis en la escuela. Usted debe terminar el proceso de la solicitud de estampillas de comida y obtener un número de caso de estampillas de comida antes de poder solicitar el programa de almuerzos gratis en la escuela. Usted puede no ser elegible para beneficios del programa de estampillas de comida pero usted todavía puede ser elegible para el programa de almuerzo gratis en la escuela. Esta es su decisión y si usted desea seguir este proceso por favor indique en este formulario en la sección 1 "Otra información" que usted desea solicitar el programa de estampillas de comida.

Case Worker Section B: Eligibility and Authorization Reminders – Case Notes

Individual	Eligible?	Authorization?	Provider Info	Parent Fee:	Pending Info Reminders: (may effect eligibility)
Primary Adult Other Adult _____ Child 1 _____ Child 2 _____ Child 3 _____ Child 4 _____ Child 5 _____ Other	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider #: Provider Name: Provider #: Provider Name:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount: \$ Reassigned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Joint Custody? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Address Verify <input type="checkbox"/> Contact Info <input type="checkbox"/> DOB Verify <input type="checkbox"/> Citizen Verify <input type="checkbox"/> Immunize Verify <input type="checkbox"/> Paystubs/Other <input type="checkbox"/> Self Emp Expense <input type="checkbox"/> Other Income <input type="checkbox"/> Parent Schedule <input type="checkbox"/> Child Support Ded <input type="checkbox"/> Child Support Enf <input type="checkbox"/> Job Search <input type="checkbox"/> Training Verify <input type="checkbox"/> Disability Verify <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Other

<p>Other Info to Document in CHATS Case Notes:</p> <input type="checkbox"/> Reasons for actions not explained in other windows <input type="checkbox"/> Verifications Outstanding <input type="checkbox"/> Special Household Circumstances <input type="checkbox"/> How more than one case relates to this case <input type="checkbox"/> Contact names and info <input type="checkbox"/> ANYTHING that will be helpful to another person working/auditing the case!	Cards Issued: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cards Notes:
---	---

Re-determination Date/Info:	Wait List Status:	Confidentiality Entered:
-----------------------------	-------------------	--------------------------

Other Case Notes to Enter:

DERECHO A UNA APELACIÓN Y AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con la acción tomada con respecto a sus beneficios del cuidado de niños, usted tiene el derecho de apelar.

- ◆ Si sus beneficios del cuidado de niños son **negados**, usted debe llamar a su trabajador del cuidado de niños en un plazo de 20 días de la fecha de esa negación para decir que desea apelar.
- ◆ Si sus beneficios del cuidado de niños **cambian**, usted debe llamar a su trabajador del cuidado de niños en un plazo de 20 días de la fecha del aviso del cambio para decir que desea apelar.
- ◆ Si sus beneficios del cuidado de niños se **terminan**, usted debe llamar a su trabajador del cuidado de niños antes de la fecha de acción de la **terminación** para decir que desea apelar.

El departamento del condado programará una audiencia. En esa audiencia, se le dará la oportunidad de presentar su caso. La persona(s) que repasa su caso no es responsable de la decisión o el cambio del cuál usted no está de acuerdo.

Antes de que usted decida solicitar una audiencia, le pedimos que hable primero con su trabajador del cuidado de niños de su condado, y luego con el supervisor del trabajador. A menudo sus preguntas y preocupaciones pueden ser solucionadas hablando con el personal del condado que son responsables de realizar el cambio en sus subsidios del cuidado de niños.

Después de que usted haya tenido la audiencia con el condado, si usted todavía no está de acuerdo con la decisión, usted puede apelar la decisión con el estado siguiendo estos pasos:

1. Escriba una carta a: **Division of Administrative Hearings**
633-17th St, 13th Floor
Denver, CO 80202
2. Usted debe poner la carta en el correo no más tardar de 15 días después de la decisión tomada en la audiencia del condado.
3. En la carta usted debe decir que usted quiere apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué usted quiere apelar la decisión. Si necesita ayuda en hacer esto usted le puede preguntar a quien usted quiera, o hablar a una oficina de ayuda legal, o preguntarle al personal de servicios sociales del condado que le ayuden.
4. Cuando se reciba su carta, usted recibirá una carta de la oficina de apelaciones explicándole el proceso y la fecha de la audiencia de apelación. También le explicará quién puede venir con usted, quién puede presentar testimonio y otra información acerca de la audiencia.

Usted debe estar al tanto de que al estado y al condado se les requiere que procuren conseguir el reembolso de todos los beneficios proveídos a usted por los cuales no tenía derecho

Discriminación

Si usted cree que lo han discriminado debido a su raza, color, género, edad, religión, creencias políticas, origen nacional, o discapacidad, usted tiene el derecho de hacer una queja con:

The Secretary of Health and Human Services
370 L'Enfant Promenade, S.W.
Washington, DC 20447

Usted debe someter la siguiente documentación para completar su solicitud:

¿ESTO APLICA A USTED?	Qué necesita someter	Otros avisos Usted debe informarnos de cualquier cambio por escrito tan pronto como ocurra el cambio, pero no más tarde de 30 días	Una lista de comprobantes para su uso
USTED U OTROS ADULTOS EN LA UNIDAD FAMILIAR ESTAN TRABAJANDO:	Talones de cheques de todos los miembros de la unidad familiar de los últimos 3 meses y el nombre del patrón, dirección y número de teléfono.	Se requieren comprobantes de cada empleo, si usted (u otro miembro de la unidad familiar) tienen más de un empleo.	
USTED U OTROS ADULTOS TRABAJAN INDEPENDIENTEMENTE:	Cuentas del negocio de empleo-independiente y copias de sus ganancias y gastos totales de los últimos 3 meses	Se requieren comprobantes de cada actividad de empleo-independiente, si usted (u otro miembro de la unidad familiar) tienen más de una fuente de ingresos.	
USTED U OTROS ADULTOS EN SU UNIDAD FAMILIAR ACABAN DE COMENZAR UN EMPLEO:	Proporcione una carta de su patrón que indique el día que comenzo, cuales son sus ingresos, cuantas horas/días trabaja por semana, cada cuando se le pagara y la fecha de su primer cheque.	Aguarde sus talones de cheque para presentarlos en cuanto los reciba.	
PERDIO SU EMPLEO / O ESTÁ BÚSCANDO EMPLEO:	Una carta de su patrón que indique el último día de empleo y la fecha del último cheque. Comprobante de actividades de buscar empleo según los requisitos de la oficina de cuidado de niños de su condado.	El cuidado de niños ofrece búsqueda de empleo en una base LIMITADA y usted debe tener una aprobación de antemano para usar los servicios del cuidado de niños cuando este buscando empleo.	
USTED PAGA MANUTENCIÓN DE NIÑOS PARA ALGUIÉN FUERA DE SU HOGAR:	Documentos del juzgado que verifiquen la cantidad pagada, la frecuencia de pago(s), y la persona(s) que recibe el pago(s).	Este pago puede ser deducido de sus ingresos brutos contables.	
TIENE USTED INGRESOS QUE NO SEAN DE TRABAJO O INGRESOS DE CUALQUIER OTRA FUENTE:	Comprobante de la fuente, cantidad y frecuencia del pago. Incluya documentos del juzgado, si aplica.	Vea la sección 7 de la solicitud para los tipos de ingresos que pueden ser incluidos	
USTED ESTA ASISTIENDO A LA ESCUELA O ENTRENAMIENTO:	Una carta de la escuela que (1) verifique que está inscrito y está teniendo un progreso satisfactorio. (2) qué identifique el programa en que esta inscrito, y (3) qué identifique cuando se espera que usted complete el programa escolar. Proporcionar un horario escolar que incluya (1) fecha de comienzo y fin de cada trimestre, semestre, o sesión; (2) días/hora de clases y (3) número de créditos	No todos los condados proporcionan cuidado de niños mientras acude a la escuela o entrenamiento. Consulte con su condado sobre esta póliza.	
USTED A ELLJIDO SU PROVEEDOR PARA EL CUIDADO DE NIÑOS:	Nombre/dirección del proveedor Verificación de la identificación del niño(s) Verificación de la fecha de nacimiento Verificación de la ciudadanía del niño(s) Cartilla de vacunación de cada niño Verificación de manutención de niños recibido (si aplica)	Su condado le puede ayudar en seleccionar un proveedor y obtener los documentos necesarios para participar en CCAP. Usted debe tener una aprobación de antemano para poderle pagar al proveedor. Usted es responsable del pago completo al proveedor hasta que su aprobación se complete.	
SU CONDADO TIENE VERIFICACIÓN DE SU DIRECCIÓN DE DOMICILIO QUE SE REPORTO EN SU SOLICITUD (EN LA SECCIÓN 1):	Comprobante de dirección tal comó: Recibo de alquiler/contrato de alquiler Recibo de hipoteca Registración del automóvil Cobro de utilidad u otro Verificación de arriendo/alquiler Verificación de otra oficina de condado Verificación de otra agencia de gobierno Verificación de la escuela Registración para votar	Usted debe verificar la dirección que puso en su solicitud; el condado puede verificar que tal dirección esté dentro del condado.	
SU CONDADO SE PUEDE COMUNICAR CON USTED POR LO MENOS CON UN CONTACTO QUE REPORTO	Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono celular Dirección de correo electrónico Contacto de emergencia		

Usted puede separar y guardar esta página para su información.