



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP) **Lista de las verificaciones necesarias para aplicar**

Para determinar beneficios de CCAP, Ud. debe entregar lo siguiente a la oficina del condado.

- La solicitud de CCAP completada y firmada-.Esto también está disponible a través de PEAK
Complete esta solicitud lo mejor que pueda y por favor no deje espacios en blanco.
- Su CRA firmado- Acuerdo de responsabilidades de clientes– esto también está disponible en PEAK

Y

- Verificación de residencia en el condado de Boulder: esto puede ser una factura de utilidad, arrendamiento actual, carta del propietario o registro de auto no caducado/no vencido.
- Verificación de identidad: identificación con foto no caducada/no vencida.
- Verificación de la ciudadanía- esto es una copia de acta de nacimiento de EEUU o pasaporte para todos los niños que solicitan cuidado CCAP.

- Verificación de ingresos ganados para los adultos en el caso:
 - VOE- carta de verificación de empleo –para NUEVO empleo (dentro de los últimos 60 días) O
 - Los últimos 30 días de talones de cheques para empleo de más de 60 días O
 - Personas con empleo autónomo:
 - **Por favor proporcione sus últimos 30 días de ingresos y horas trabajadas.**

- Verificación de ingresos no ganados: incluyendo pero no limitado a la manutención de hijos, el desempleo o el beneficio de Seguro Social.
- Verificación del horario de actividades elegibles- únicamente si el cuidado es necesario fuera de las horas tradicionales de 6am a 6:30pm de lunes a viernes.
- Horario de visitación del niño: complete el formulario adjunto si el niño(s) que solicita cuidado CCAP tiene visitas con el padre sin custodia.

- Proveedor de cuidado de niños/ Dirección/ número de licencia (*vea abajo para información para encontrar guardería)

Note bien: Esto no es una lista inclusive y puede haber otras verificaciones necesarias basado en sus circunstancias individuales. El técnico trabajando su caso le avisara si se requieren otras verificaciones.

Necesita ayuda para encontrar una guardería, póngase en contacto con la línea de recursos y referencias para el cuidado de niños.

1-877-338-2273



Colorado Child Care Assistance Program El Programa de Asistencia Para el Cuidado de Niños

¿Quiénes pueden ser elegibles?

- Padres que están trabajando o están buscando trabajo
- Padres que están en un programa para obtener su primer bachillerato (bachelor's) o menos. Padres en un programa de entrenamiento, GED, ESL
- Padres adolescentes (hasta los 21 años de edad)
- Familias recibiendo TANF son elegibles mientras cumplan con requisitos

Tamaño de familia:	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos mensuales máximos, antes de impuestos	\$2,987	\$3,767	\$4,547	\$5,327	\$6,107	\$6,887	\$7,667

Nuestra página web: www.BoulderCountyChildCare.org

Aquí puede encontrar la aplicación en español, la lista de todo lo que tiene que entregar y más detalles sobre el programa y los requisitos.

¿Necesita ayuda con la aplicación o desea más información?
 Ofrecemos ayuda cada martes y jueves
 Desde la 11 de la mañana hasta la 1 de la tarde
 En dos lugares:
 *3460 N. Broadway en Boulder (esquina de Broadway y Iris)
 *515 Coffman Street en Longmont

 No se requiere reservación para asistir estas sesiones de ayuda.
 Se habla español!

 ¿Preguntas? 303 678-6014 o ccap@bouldercounty.org

Fecha solicitud recibida:	Pre-selección: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinado por: Proveedor <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
---------------------------	---	-----------------

Solicitud para el programa Colorado Child Care Assistance. (CCCAP)

- **Completar esta solicitud no garantiza que vaya a recibir asistencia con el cuidado infantil.**
- Debe cumplir todos los requisitos para tener derecho y recibir asistencia.
- Suministre toda la información solicitada
- Si falta información, se demorará su solicitud.
- **Padres adolescentes:** No incluyan información sobre sus padres, aunque residan con ellos.

Sección 1: Información sobre el grupo familiar

Fecha de hoy: ____/____/____	Si no es el padre o madre de los niños para quienes presenta la solicitud, ¿es el Adulto cuidador principal*? ¿Hay otros Adultos cuidadores en el grupo familiar*?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido del Adulto cuidador principal:	*Nombre del Adulto cuidador principal:	Inicial segundo nombre:
¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su situación de vivienda actual? Complete si corresponde.	<input type="checkbox"/> Reside en un hotel o motel	<input type="checkbox"/> Reside en un campamento
	<input type="checkbox"/> Reside en un albergue	<input type="checkbox"/> Reside en vivienda inhabitable como un automóvil, parque etc.
<input type="checkbox"/> Situación de vivienda (explique)	Fecha en que empezó la situación de vivienda: ____/____/____	Fecha en que anticipa que terminará: ____/____/____
Dirección de residencia*:	Dirección de correo postal*: <input type="checkbox"/> ¿Igual a la de residencia?	
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Condado*:	Idioma principal hablado en el hogar*:	
Información de contacto: <i>*Complete al menos una opción</i>	Teléfono principal*: () Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono secundario*: () Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo
		Dirección de correo electrónico:
¿Usted o alguien más en su grupo familiar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas o participa en alguno de ellos?		De no ser así, ¿le gustaría recibir más información?
Colorado Works/asistencia con efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Low-Income Energy Assistance (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Food Assistance (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa Women, Infants and Children (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Child and Adult Care Food Program	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia de CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vale para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Refugee Medical Assistance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte B (3 a 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios Individuals with Disabilities Education (IDEA) Parte C (0 a 3 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (explique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 2: Información sobre el cuidador principal

*Apellido:		*Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ (Opcional)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	

Nivel educativo más alto que completó*:	<input type="checkbox"/> Menos que secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Título universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años
	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> PhD/Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil*:	<input type="checkbox"/> Casado, Vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (por voluntad propia)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (no por voluntad propia)	
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD*: Marque todas las que correspondan a este individuo

<input type="checkbox"/> Con empleo	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo	<input type="checkbox"/> Busca empleo	<input type="checkbox"/> Educación superior
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> GED o equivalente de secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reservas Militares	<input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo)

Sección 3: Adulto cuidador adicional/Cónyuge

****Un adulto cuidador adicional en el hogar es alguien que suministra asistencia financiera y ayuda a cuidar de su hijo**

*Apellido:		*Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ (Opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca	

Nivel educativo más alto que completó*:	<input type="checkbox"/> Menos que secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente	<input type="checkbox"/> Título universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años
	<input type="checkbox"/> Título de posgrado	<input type="checkbox"/> PhD/Doctorado	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Otro _____

Estado civil*:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (por voluntad propia)	<input type="checkbox"/> Casado, no vive con cónyuge (no por voluntad propia)	
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD*: Marque todas las que correspondan a este individuo

<input type="checkbox"/> Con empleo	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo	<input type="checkbox"/> Busca empleo	<input type="checkbox"/> Educación superior
<input type="checkbox"/> Capacitación/Educación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reservas Militares	<input type="checkbox"/> Militar activo (sirve tiempo completo)

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 4: Información sobre los niños **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otra	Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
---	---	--	--------------------------------	---	-------------------------------	--

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otra	Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
---	---	--	--------------------------------	---	-------------------------------	--

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/____ Final: ____/____/____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/_____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/_____ Final: ____/____/_____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4 continúa **Complete esta sección para cada uno de los niños en su grupo familiar

Apellido*:		Nombre*:		Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (opcional): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*: ____/____/_____	Sexo*: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el Adulto cuidador principal*:	

Estado como ciudadano*: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (opcional, seleccione todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las islas del Pacífico		Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	

¿Este niño es parte de un acuerdo de Custodia compartido o de otro caso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita cuidado para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es parte de un acuerdo de custodia en hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, en proceso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica			
¿Este niño está inscrito en algún programa de Head Start/Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuál es la fecha de inicio y final de su inscripción? Inicio: ____/____/_____ Final: ____/____/_____		¿Este niño tiene alguna discapacidad o necesidades adicionales de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su niño recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su niño <u>no</u> recibe Medicaid, ¿está interesado en una remisión para una prueba de detección para este niño mediante las Partes B o C de la Ley de educación para individuos con discapacidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

COPIE ESTA PÁGINA PARA NIÑOS ADICIONALES, SI LA NECESITA

Página _____ de _____

Sección 5: Ingresos por empleo/empleo autónomo del cuidador principal

¿Tiene ingresos como empleado o empleado autónomo?* Sí No

De ser así, complete lo siguiente: Enumere todos los empleos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)

Nombre del cuidador	Empleador o nombre de negocio y número de teléfono	Fecha de inicio empleo o empleo autónomo	Empleado autónomo	¿LLC o S-Corp?	Horas por semana	Frecuencia de pago	Ingresos totales por período de pago (incluya propinas y comisiones)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 6: Ingresos del cuidador adicional del empleo/empleo autónomo

¿Tiene ingresos como empleado o empleado autónomo?* Sí No

De ser así, complete lo siguiente: Enumere todos los empleos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)

Nombre del cuidador	Empleador o nombre de negocio y número de teléfono	Fecha de inicio empleo o empleo autónomo	Empleado autónomo	¿LLC o S-Corp?	Horas por semana	Frecuencia de pago	Ingresos totales por período de pago (incluya propinas y comisiones)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

Sección 7: Manutención de niños ordenada por la corte que se ha pagado

¿Paga manutención de niños para algún niño?* Sí No

De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICAR ORDEN DE LA CORTE Y PAGOS.)

Nombre de la persona que hace los pagos	Niños a	Total pagado	Frecuencia de pago
		\$	
		\$	

Sección 8: Manutención de niños ordenada o recibida

¿Se ha ordenado manutención de niños o se ha recibido?* Sí No

Nombres de los niños:	¿La manutención es por orden?	¿Se ha recibido la manutención?	Total pagado en manutención de niños	Frecuencia de pago	Nombre del padre o madre sin custodia
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 9: Otros ingresos*			
Complete la información en la Sección 9 para <u>cada persona</u> en su grupo familiar.			
Nombre de la persona:	Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:	No. en sumarios o del tribunal (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de abajo):	Total bruto	¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?
Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Seguro Social (Sobreviviente, Discapacidad, Jubilación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compensación de desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Jubilación o Pensión (No SS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de seguro o conciliación de demanda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intereses en ahorros, CD, IRA, 401K <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de jubilación del ferrocarril <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prestaciones para veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia con efectivo TANF/Colorado Works <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro (describa debajo del individuo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Rentas anuales Contribuciones en efectivo Manutención Bono de arriendo/regalías Asignación militar Prestaciones por paro Ingresos de fideicomiso Ingresos de AmeriCorps Indemnización por accidentes laborales Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capital: Activo disponible (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, insertar cantidad: \$ _____		Activo no disponible (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____
Nombre de la persona:	Fecha de vigencia de inicio*:	Fecha de vigencia de final*:	N°. en sumarios/Tribunal (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de abajo):	Total bruto	¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?
Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Seguro Social (Sobreviviente, Discapacidad, Jubilación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compensación por desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Jubilación o Pensión (No SS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de seguro o conciliación de demanda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intereses en ahorros, CD, IRA, 401K <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de jubilación del ferrocarril <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prestaciones para veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia con efectivo TANF/Colorado Works <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro (describa debajo del individuo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Rentas anuales Contribuciones en efectivo Manutención Bono de arriendo/regalías Asignación militar Prestaciones por paro Ingresos de fideicomiso Ingresos de AmeriCorps Indemnización por accidentes laborales Pensión de la tercera edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capital: Activo disponible (dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, acciones o bonos, o pagos en cantidad total no recurrentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____		Activo no disponible (automóvil con o sin placas, vehículos de recreo, bienes raíces, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ingrese la cantidad: \$ _____

COPIE ESTA PÁGINA PARA INTEGRANTES ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR, SI LA NECESITA
 Página _____ de _____

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 10: Capacitación/Educación del adulto cuidador/Detalles de educación adolescente			
¿Usted o algún otro integrante de su grupo familiar participan en actividades de capacitación/educación?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICARLO)			
Nombre*:		Fecha vigente de inicio*:	Fecha vigente final*:
Cantidad de créditos*:	Institución de capacitación*:	Tipo de capacitación*: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación superior <input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria/Escuela media <input type="checkbox"/> Capacitación en empleo <input type="checkbox"/> Programa de certificación	Fecha en que anticipa terminar*:
Nombre*:		Fecha vigente de inicio*:	Fecha vigente final*:
Cantidad de créditos*:	Institución de capacitación*:	Tipo de capacitación*: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación superior <input type="checkbox"/> GED/Equivalente de secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria/Escuela media <input type="checkbox"/> Capacitación en empleo <input type="checkbox"/> Programa de certificación	Fecha en que anticipa terminar*:

Sección 11: Detalles de discapacidad del adulto cuidador		
¿Usted o algún otro Adulto cuidador están discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
De ser así, complete lo siguiente: (ES NECESARIO VERIFICARLO)		
Nombre*:		Fecha de inicio de discapacidad*:
Fecha que terminó la discapacidad*:		
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿La persona puede cuidar de los niños?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:
Nombre*:		Fecha de inicio de discapacidad*:
Fecha que terminó la discapacidad*:		
Tipo de discapacidad*: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿La persona puede cuidar de los niños?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de revisión por un médico, si corresponde:

Se DEBEN completar todos los elementos marcados con un asterisco (*) en esta solicitud

Sección 12: Horario de empleo/capacitación/estudios/búsqueda de empleo de los adultos cuidadores*							
Ingrese su horario esperado. Si hay dos adultos cuidadores, ingrese los horarios de ambos. Si tiene más de un empleo, ingrese el horario laboral de ambos. (ES NECESARIO VERIFICARLOS.)							
Ejemplo	Lunes 8:00a a 5:00p	Mar. 8:00a a 5:00p	Miér. 8:00a a 5:00p	Jue. 8:00a a 3:00p	Vier. 8:00a a 5:00p	Sáb. 8:00a a 12:00p	Dom. 8:00a a 5:00p
MI HORARIO							
Laboral/búsqueda de empleo							
Capacitación/estudios							
IDO ADULTO CUIDADOR	Lunes	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
Laboral/búsqueda de empleo							
Capacitación/estudios							

Sección 13: Horario de los niños que necesitan cuidado* (No lo complete para los que no necesitan cuidado.)										
Nombre del niño	Niño en la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado y escuela a la que asiste	Horario del niño: Indique el horario en que piensa tener al niño en guardería cada día para cada proveedor que usa							
			Licencia del proveedor, Nombre, Dirección y teléfono (Si los conoce)	Lunes 8:00a a 5:00p	Mar. 8:00a a 5:00p	Miér. 8:00a a 5:00p	Jue. 8:00a a 5:00p	Vier. 8:00a a 5:00p	Sáb. 8:00a a 5:00p	Dom. 8:00a a 5:00p
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Autorización para suministrar información

Autorización para suministrar información

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

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

Autorización para divulgar información

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

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

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

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

TAMBIÉN DEBE LEER Y FIRMAR ESTA PÁGINA

Yo/NOSOTROS certifico/amos que a mi/nuestro mejor saber y entender, la información en este formulario es correcta. YO/NOSOTROS comprendemos que no informar los cambios necesarios o presentar información incorrecta puede dar lugar a la recuperación o la suspensión de los beneficios de cuidado de mi hijo. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores para recibir asistencia con los costos del cuidado de mis hijos.

Firma del adulto cuidador principal: _____ Fecha: _____

Firma de otro adulto cuidador: _____ Fecha: _____

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

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Acepto notificar al asistente social encargado de cuidado infantil en un lapso de diez (10) días si el total de los ingresos de mi hogar supera el 85% de la Media de ingresos estatales y debo informarle en un lapso de cuatro (4) semanas si llegan a cambiar las actividades que me permiten participar. Comprendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que pagar los beneficios que haya recibido si no tenía derecho a recibirlos.

Marque un círculo alrededor del tamaño de su hogar y del total de la Media de ingresos estatales (SMI)

Tamaño del hogar	2	3	4	5	6	7	8	9
85% del SMI	\$4,235.20	\$5,231.72	\$6,228.23	\$7,224.75	\$8,221.27	\$8,408.12	\$8,594.96	\$8,781.81

2. Acepto que debo completar el proceso de nueva determinación cuando sea necesario, y todas las verificaciones necesarias.
3. Acepto que debo comprobar mis actividades que reúnen los requisitos cuando haya cambios en esta y en el momento de la nueva determinación. (Es necesario un horario si es empleado autónomo o cuando necesita cuidado infantil no tradicional, como de un día para otro, los fines de semana, o temprano por la noche.
4. Acepto notificar por escrito al asistente social encargado de cuidado infantil antes de cambiar proveedores de cuidado infantil, de lo contrario el condado puede no pagarlo.
5. Acepto ser responsable de la resolución de los problemas que pueda tener con mi proveedor de cuidado infantil.
6. Acepto notificar al departamento de servicios sociales/humanos del condado si tengo alguna inquietud sobre el posible abuso o abandono de un niño mientras esté en cuidado infantil.
7. Comprendo que, si alguno de los padres en mi hogar tiene empleo autónomo, yo/nosotros debo/debemos mantener un promedio de ingresos que exceda los gastos de negocios y acepto llevar un registro y verificar los ingresos, gastos, horario laboral y la necesidad de cuidado infantil para ayudar con la determinación de mi derecho a recibir la asistencia.
8. Comprendo que, si se me suministra cuidado infantil para mis actividades de empleo, o empleo autónomo, entonces los salarios brutos impositivos divididos por la cantidad de horas en trabajo deben equivaler por lo menos al salario federal actual mínimo con el fin de seguir recibiendo cuidado infantil.
9. Acepto que, si mi condado exige que se cumplan las órdenes de manutención infantil, colaboraré con la oficina de cumplimiento de la manutención infantil para todo niño que reciba cuidado infantil y tenga un padre o madre ausente.
10. Acepto no dejar en ningún momento mi tarjeta de CCAP en posesión de mi proveedor de cuidado infantil o puedo quedar sin derecho al Colorado Child Care Assistance Program.
11. Acepto usar mi tarjeta de CCAP para registrar la llegada y salida de mis hijos del cuidado infantil a diario o se puede cerrar mi caso de asistencia con cuidado infantil, y quedaré responsable de pagar los costos del cuidado infantil.
12. Comprendo que, si se me pierde, me roban o se daña mi tarjeta de CCAP, debo notificar al asistente social encargado del cuidado infantil en un lapso de dos (2) días laborales.
13. Comprendo que, si se me emiten tarjetas de CCAP nuevas, debo notificar si no las he recibido en un lapso de cinco (5) días laborales.
14. Comprendo que, si se descubre que una persona ha dado intencionalmente información falsa por acto u omisión, no puede recibir asistencia con el cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera ofensa, veinticuatro (24) meses por la segunda ofensa, y de manera permanente por la tercera ofensa. Este delito está sujeto a la interposición de una acción judicial conforme a las leyes federales y estatales.
15. **TARIFAS PARA LOS PADRES:**
 - a. Acepto pagar las tarifas para los padres que aparecen en la notificación de autorización para cuidado infantil y que se deben pagar al proveedor el primer día de cada mes en que reciba el cuidado.
 - b. Comprendo que las tarifas para los padres que debo pagar están basadas en mis ingresos, el tamaño de mi hogar y la cantidad de niños que reciben cuidado infantil y pueden cambiar cuando reciba notificación por adelantado de parte del condado.
 - c. Comprendo que, si no pago estas tarifas, o no hago los arreglos necesarios para plazos aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé los beneficios de cuidado infantil y no podré recibir asistencia con ningún otro proveedor de cuidado infantil ni por medio de ningún otro condado.

Firma del solicitante 1	Fecha	Firma del solicitante 2	Fecha

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDIENCIA IMPARCIAL

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

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

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

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

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

1. Escriba una carta a:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street
4th Floor
Denver, CO 80203

2. Debe apelar la decisión del condado en un lapso de 15 días a partir de la fecha de envío de la Notificación de la decisión de la audiencia del condado.
3. En la carta debe indicar que desea apelar la decisión de la audiencia del condado y por qué desea apelar la decisión. Si necesita ayuda con esto, puede solicitarle a cualquiera que le ayude, o puede conversar con una oficina de asistencia legal, o solicitarle a su representante del departamento de servicios sociales/humanos del condado que le ayude.
4. La Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts) programará una fecha para la audiencia de apelación, si se determina que la solicitud se presentó de manera oportuna. Recibirá una carta de la Oficina de Tribunales Administrativos explicándole los siguientes pasos, quién puede acompañarlo, quién puede presentar testimonio y otra información sobre la audiencia.

Debe tener en cuenta que el estado y el condado tienen la obligación de intentar recolectar todos los beneficios suministrados para los que no tenía derecho.

La discriminación

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

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

Conserve esta página como referencia.



BOULDER COUNTY CCAP- FORMA DE VISITATCIÓN

Este formulario es necesario para los niños solicitando atención CCAP que tienen visitas con un padre que vive fuera de su casa. Por favor complete la siguiente información con respecto a la visita.

Nombre del niño: por favor una lista de todos los niños en casa cuidado CCAP requirente:	¿Hay un acuerdo de régimen de visitas para este niño?		¿Se ordena al Tribunal del acuerdo de visitas para este niño?	
1.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

***Proporcione las copias o documentos de la Corte ordenó visitas que tienes para cualquier niño solicitando atención CCAP. ***

HORARIO DE VISITAS: Si usted tiene un acuerdo de visitas y no tienen Corte ordenó documentación por favor, complete el horario de visitas a continuación para cada niño teniendo visitas con los padres fuera de su hogar. Tenga en cuenta que si hay niños con padres diferentes fuera de su hogar, usted debe completar una hoja de programación separada para cada padre sin custodia a firmar.

Nombre del Niño:		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1.	MADRE							
	PADRE							
2.	MADRE							
	PADRE							
3.	MADRE							
	PADRE							
4.	MADRE							
	PADRE							

Por favor incluya cualquier otra información sobre su horario de visitas es más específico (es decir. Horario variable, rotación de horarios, cada semana, etc..)

CCAP Firma del Padre/ Fecha

Firma del padre sin custodi/Fecha

Por favor devuelva el formulario al CCAP del Condado de Boulder en la oficina de Boulder o de Longmont o por correo electrónico a ccap@bouldercounty.org. Por favor llame al 303-678-6014 si usted tiene alguna pregunta.

Boulder County CCAP EMPLOYMENT/INCOME VERIFICATION

Form must be completed by employer

CCAP Client Name: _____ Social Security #: _____

Name of Business: _____

Business Address: _____

City/State/Zip

First Day of Employment: _____ First Check Date: _____

Job Title: _____

Rate of Pay: _____ Monthly Gross Wages: _____ Taxes Withheld Yes No

How often paid? Weekly Biweekly Semimonthly Monthly/Other _____

*If tips, what percentage is reported: _____

Is this seasonal employment? Yes/No. If yes, give dates _____

Is employee expected to return to job? Yes/No. If yes, give date _____

Is this temporary employment? Yes/No. If yes, give end date _____

WEEKLY WORK SCHEDULE if fixed schedule

Please list typical work schedule i.e. 9a-5p -within the grid below for each day of work client is expected to work:

SUN	MON	TUE	WED	THUR	FRI	SAT	TOTAL HRS PER WEEK

OR

If client works a **FLEXIBLE SCHEDULE**, please tell us when they are available to work:

Earliest time in _____ am/pm AND Latest time out _____ am/pm

Average Hours Per Week _____

Days of week expected to be available: all that apply: **M T W TH F ST SN**

The above person has indicated that s/he is employed with your business. Please complete the following information and return to employee or directly to CCAP at the address or number at the bottom of page.

I confirm that the above information is complete and accurate:

Printed Name

Title

Phone Number

Signature

Date



Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)
 515 Coffman Street - Longmont CO 80501
 3460 N Broadway - Boulder CO 80304
 Phone: 303.678.6014
 Imaging Fax: 303.678.6014
 CCAP Email: ccap@bouldercounty.org
 Imaging Email: imaging@bouldercounty.org

Formulario de Registración de Votante de Colorado

Usted debe llenar todos los campos marcados con un asterisco (*). Siga las instrucciones para otros campos. Si no proporciona toda la información requerida, su solicitud de registración de votante no estará completa.

Para uso de la oficina solamente

Voter ID Number: _____

Date Stamp: _____

Su elegibilidad para votar

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?* Sí No

¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad en o antes del día de las próximas elecciones?* Sí No

Si usted contestó "No" a cualquiera de las preguntas arriba, no llene este formulario.

Su nombre

Apellido*

Nombre*

Segundo nombre

Si está registrado actualmente para votar bajo un nombre distinto, ¿qué es dicho nombre? _____

Su información de identificación

Su fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA)

Su sexo

Mujer

Hombre

Usted debe seleccionar uno de los siguientes y proporcionar la información solicitada*

Tengo una licencia de conducir de Colorado válida o Tarjeta de Identificación de Colorado (emitida por el Departamento de Hacienda), y dicho número es -----

No se me ha emitido una Licencia de Conducir de Colorado o Tarjeta de Identificación de Colorado. Tengo un Número de Seguro Social y los últimos 4 dígitos son ---

No tengo una Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación de Colorado ni un Número de Seguro Social.

Su información de contacto

Su dirección residencial

N° y calle (No se permiten apartados)*

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo*

Código Postal*

Condado de Colorado

¿Cuándo se mudó a esta dirección?* (MM/DD/AAAA)

Dirección donde recibe su correspondencia (requerida si es distinta de su dirección residencial)

Dirección para envíos de correo

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo

Estado

Código Postal

Su dirección anterior

Si está cambiando su registración a una dirección nueva, debe proporcionar la dirección donde estaba registrado anteriormente para votar.

N° y calle (No se permiten apartados)

Apto. o Unidad

Ciudad o Pueblo

Estado

Código Postal

Su número de teléfono y dirección de correo electrónico

Código de área

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Seleccione o cambie su afiliación de partido político

Seleccione uno solamente. (Requerido si desea registrarse en las Elecciones Primarias o participar en las asambleas políticas de dicho partido)

American Constitution

Americans Elect

Democratic

Green

Libertarian

Republican

No afiliado

Votar por correo - ¿Desea que se le designe un votante por correo permanente?

Sí, deseo ser un votante por correo permanente, y recibir automáticamente una balota por correo para todas las elecciones aplicables.

No, no deseo ser un votante por correo permanente, y si mi nombre aparece en la lista de votantes por correo permanentes, deseo que se elimine de dicha lista.

No, pero quisiera recibir una balota por correo para las elecciones estatales de este año.

Si desea que su balota por correo se envíe una dirección distinta de la dirección residencial o para envíos de correo que indicó arriba tendrá que llenar una Solicitud de Balota por Correo por separado.

Ayuda en las elecciones

Quisiera ser un juez electoral o trabajador de urnas. Sí No

Firme o marque abajo

ADVERTENCIA:

Es un crimen jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para registrarse para votar.

Una violación de la afirmación propia, que usted va a hacer abajo, es un acto criminal bajo las leyes de Colorado y usted estará sujeta a las sanciones dispuestas por ley.

Afirmación propia: Afirmo solemnemente que soy ciudadano de Estados Unidos y en la fecha de las próximas elecciones habré cumplido la edad de dieciocho años y habré residido en el Estado de Colorado por lo menos 30 días, y en mi distrito durante por lo menos 30 días antes de las elecciones. Asimismo, afirmo que la dirección actual que indiqué es mi único lugar de residencia legal y que no reivindico ningún otro lugar como mi residencia legal. Reconozco que sólo puedo votar legalmente en un solo lugar en cualesquier elecciones, y que si me registro para votar en Colorado, también se me considera un residente de Colorado para fines de impuestos sobre la renta y registración y operación de vehículos motorizados.

Firme aquí 

Firma o marca*

Fecha*

Firma del Testigo

Si usted se está registrando para una Balota por Correo y no puede firmar, debe fijar una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí).

Fecha

Imprimir formulario

Información acerca de esta registración

¿Cómo entrego este formulario?

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

También podrá enviar el formulario a:

Colorado Department of State
Elections Division
1700 Broadway, Suite 200
Denver, CO 80290

Si no conozco 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 Hacienda de Colorado, usted debe proporcionar dicho número para que su solicitud quede completa.

¿Cómo sabré si mi registración se procesó?

Usted recibirá una tarjeta de información oficial de la oficina de su secretario y registrador de condado aproximadamente 20 días después que reciban su formulario de registración.

Usted también podrá comprobar su situación en el sitio de Internet del Secretario de Estado de Colorado, visitando www.sos.state.co.us, haciendo clic en el enlace "verify/update my voter registration."

¿Soy elegible para registrarme para votar?

Usted es elegible para votar si:

- tendrá 18 años de edad o más en el momento de las próximas elecciones
- es ciudadano de Estados Unidos
- es un residente de Colorado y ha residido en su distrito electoral actual durante por lo menos 30 días antes de las elecciones
- no está sirviendo una sentencia (inclusive libertad condicional) por una condena penal

¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas?

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

Usted también puede comunicarse con la oficina del Secretario de Estado:

Teléfono: 303-894-2200 ext. 6307
Fax: 303-869-4861
Correo electrónico: State.ElectionDivision@sos.state.co.us

Otras preguntas frecuentes acerca de registrarse y votar

¿Necesitaré identificación para votar?

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

Al pie de esta página se incluye una lista completa de las formas de identificación aceptables.

¿Cuándo es el último día para registrarse para votar?

29 días antes de las elecciones.

¿Qué es la votación por correo?

Si usted elige no ir a las urnas el día de las elecciones, podrá solicitar una balota de votación por correo.

Bajo las leyes de Colorado, su Solicitud de Balota por Correo debe contener su nombre impreso, firma, dirección residencial, dirección para envíos de correo si desea recibir la balota por correo, y fecha de nacimiento. Si no proporciona toda esta información, no podrá recibir una balota por correo, de acuerdo con las reglas establecidas por el Secretario de Estado. [Sección 1-8-104(6) C.R.S.]

¿Qué es la votación por correo permanente?

Si usted elige estar incluido en la lista de votantes por correo permanentes, recibirá una balota por correo para todas las elecciones aplicables. Alternativamente, usted podrá pedir una balota por correo para elecciones específicas o para un año calendario.

¿Cuál es la fecha límite para solicitar una balota de votación por correo?

Si desea recibir una boleta por correo, el secretario y registrador de su condado debe recibir su aplicación a más tardar el cierre de actividades el séptimo día antes de la elección.

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

Sí, si

- 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
- ha cumplido su sentencia de una condena de un delito, inclusive cualquier período de libertad condicional

Una vez que haya cumplido su sentencia completa, es automáticamente elegible para registrarse para votar. Si estaba registrado anteriormente, ya habrá sido cancelada dicha registración y usted debe registrarse de nuevo si desea votar.

Formas de identificación aceptables para votar

Si su forma de identificación muestra su dirección, dicha dirección debe estar en el estado de Colorado

- una licencia de conducir de Colorado válida
- una tarjeta de identificación válida emitida por el Departamento de Hacienda de acuerdo con los requisitos de la Parte 3 del Artículo 2 del Título 42, C.R.S.
- un pasaporte válido de EE.UU.
- una tarjeta de identificación de empleado válida con su fotografía emitida por cualquier entidad, departamento, agencia o institución del gobierno de Estados Unidos o de este estado, o por cualquier condado, municipalidad, comisión, autoridad u otra subdivisión política de este estado
- una licencia de piloto válida emitida por la administración federal de aviación u otra agencia autorizada de Estados Unidos
- una tarjeta de identificación militar de EE.UU., con fotografía del elector elegible
- una copia de una factura corriente de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque gubernamental, cheque de nómina u otro documento gubernamental que muestra el nombre y dirección del elector. Para ejemplos, visite www.elections.colorado.gov
- una tarjeta válida de Medicare o Medicaid emitida por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
- una copia certificada de un acta de nacimiento de EE.UU., para el elector, emitido en Estados Unidos
- documentación certificada de naturalización
- una tarjeta de estudiante válida con fotografía del elector elegible, emitida por una institución de educación superior en Colorado, según lo definido en la sección 23-3-1-102(5) C.R.S.
- Un identificación válida emitido por el departamento de asuntos de veteranos administración de salud de veteranos de los Estados Unidos con una fotografía del elector elegible.
- Un identificación válida emitido por gobierno tribal reconocido a nivel federal certificando la pertenencia tribal.