

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.