



CCCAP APPLICATION

Who May Be Eligible:

- Employed single or two parent households (adult caretakers) **(30 days income verification)**
- Caretaker relatives currently receiving Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Adult caretaker(s) who are currently searching for a job **(limitations apply)**
- Adult caretaker(s) in postsecondary education (1st Bachelor’s degree or less) **(limitations apply)** OR in GED, high school, ESL and ABE **(limited to 12 months)**

Please read the application carefully for the required verification.

- Citizenship of children required for all children requiring child care.
- Verification of address, i.e. current lease (within 12 months), utility bill (within last 30 days), etc.
- Unexpired ID for caretakers.
- Students’ class schedules and financial assistance verification.
- Previous 30 days of income verification and any other unearned income, i.e. child support. Work schedule for non-traditional work hours require verification from employer.
- All parents’ and/or caretakers’ school schedules are required to be completed and verified by your school administration.
- Your choice of child care provider and their license number. United Way @211 can provide a list of available providers, Childcare referral line: 1-877-338-2273 or website: coloradoshines.com
- Provide your e-mail address on the application.
- Interview, a Technician will contact you to schedule this.

All child care applicants must apply for and cooperate with Child Support Services for all children requesting care within thirty (30) calendar-days of initial date of approval for child care.

Contact Information:

CCCAP

Phone: (970)400-6017

Email: HS-CCCAP@weldgov.com

Fax: (970)346-7981

Website: weldgov.com

Weld Child Care and REACH

Phone: (970)400-6594

Website: weldchildcare.com

Office: 315 N. 11th Ave. Bldg. B, Greeley, CO 80631

Households must not exceed gross income guidelines:

Family Size	2	3	4	5	6	7	8	9
Gross Monthly Income	\$2,657.83	\$3,348.50	\$4,039.17	4,729.83	\$5,420.50	\$6,111.17	\$6,801.83	\$7,492.50



Fecha de recepción de la solicitud:	Elegibilidad previa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Determinada por: Cuidador <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>	Número de caso:
-------------------------------------	---	-----------------

Solicitud de participación en el programa de asistencia para cuidado infantil de Colorado (CCCAP)

- **El cumplimiento de esta solicitud no garantiza que el solicitante recibirá asistencia infantil.**
- Como condición previa para recibir asistencia infantil, deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad.
- Incluya todos los datos solicitados.
- Cualquier dato faltante demorará el trámite de la solicitud.
- **Padres adolescentes:** no incluya información sobre sus padres aun si vive con ellos.

Sección 1: información del grupo familiar					
Fecha de hoy: ____/____/____		Si usted no es el padre o la madre de los niños a favor de quienes presenta la solicitud, indique si usted es el cuidador adulto principal en el hogar: Indique si hay otros cuidadores adultos en el hogar:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del cuidador adulto principal en el hogar:		Nombre del cuidador adulto principal en el hogar:		Inicial del segundo nombre:	
Marque las casillas correspondientes a las situaciones que se aplican en su caso.	<input type="checkbox"/> Vive en hotel o motel	<input type="checkbox"/> Vive en campamento	<input type="checkbox"/> Vive en refugio	<input type="checkbox"/> Vive en lugares poco habitables, como carro o parque.	
	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria (explique)		Fecha de inicio de la vivienda transitoria: ____/____/____ Fecha anticipada de su fin: ____/____/____		
Dirección de casa:			Domicilio postal: <input type="checkbox"/> Igual que el de casa		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Ciudad:	
				Estado:	
				Código postal:	
Condado:			Idioma principal que se habla en casa:		
Llene al menos uno de los recuadros con información de contacto	Teléfono principal: ()	Teléfono secundario: ()	Dirección de correo electrónico:		
	Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo	Tipo: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Trabajo			

Debe completar todos los espacios que lleven asterisco (*) en esta solicitud.

¿Recibe usted u otro miembro del grupo familiar beneficios de uno de estos programas, o participan en ellos?	Si no es así, ¿desearía recibir más detalles?
Colorado Works/Asistencia en efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de asistencia con calefacción invernal para familias con bajos ingresos (LEAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia alimentaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa para la mujer, el bebé y el niño (WIC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de alimentación en guarderías infantiles y en hogares de día	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
adultos (CACFP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid/Asistencia CHP+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cupón para vivienda o asistencia en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia médica para refugiados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte B de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para niños de 3 a 5 años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte C de la Ley de Educación para Discapacitados (IDEA) para recién nacidos y niños de hasta tres años de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión por vejez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra opción (describala): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 2: información del cuidador principal en el hogar

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otro título _____	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge		
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda	<input type="checkbox"/> Divorciado	

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 3: cuidador adulto adicional en el hogar o cónyuge

El cuidador adulto adicional en el hogar es quien se encarga de la asistencia financiera y contribuye al cuidado del

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (optativo)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:					
Raza (categoría optativa; marque todas las opciones aplicables):	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico		Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra		
Mayor nivel de escolaridad logrado:	<input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria/No obtuvo título equivalente a diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria o título equivalente	<input type="checkbox"/> Título preparatorio universitario	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> Título de grado universitario	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado, vive con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (voluntariamente) con cónyuge	<input type="checkbox"/> Casado, no vive (involuntariamente) con cónyuge
	<input type="checkbox"/> Pareja informal	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca se casó	<input type="checkbox"/> Viudo o viuda <input type="checkbox"/> Divorciado

ACTIVIDAD: escoja todas las opciones aplicables a esta persona

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	<input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/> Educación postsecundaria
<input type="checkbox"/> Formación profesional/otra formación	<input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria	<input type="checkbox"/> Educación media
<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva militar	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo de tiempo completo

Sección 4: información del niño. Complete esta sección por cada niño que vive en el hogar.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	

Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ____/____/_____ Fin: ____/____/_____
¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-_____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:

Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:			
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica						
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	
Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ___/___/___ Fin: ___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación de la sección 4: complete esta sección por cada niño que vive en el hogar

Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:			
Número de Seguro Social (optativo): ____-____-____		Fecha de nacimiento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el cuidador adulto principal en el hogar:			
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Ciudadano extranjero <input type="checkbox"/> Extranjero calificado	Raza (categoría optativa): marque todas las opciones aplicables	<input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o indígena de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra	Identidad étnica (optativa): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Indique si el niño está bajo custodia compartida o de otro tipo:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita usted cuidado infantil para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el niño bajo custodia en hogar sustituto?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunaciones: <input type="checkbox"/> Sí, vacunado <input type="checkbox"/> No, vacunaciones en curso <input type="checkbox"/> No, exención religiosa <input type="checkbox"/> No, exención médica								
¿Inscribió al niño en el programa Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Si respondió que sí, indique la fecha de inicio y la de fin. Inicio: ____/____/____ Fin: ____/____/____		¿Es discapacitado el niño o necesita otros cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante una evaluación temprana y periódica con fines de diagnóstico y tratamiento?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no recibe Medicaid para el niño, ¿le interesaría que le recomendemos una evaluación del desarrollo neurológico o sicomotor para que niño mediante las partes B o C de la Ley de Educación para Discapacitados?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

HAGA COPIAS DE ESTA PÁGINA PARA OTROS NIÑOS SI ES NECESARIO

Página _____ de _____

Sección 5: ingresos laborales y de trabajo autónomo del cuidador principal en el hogar

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por semana	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y comisiones incluidas)
			<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 laborales y de trabajo autónomo del cuidador adulto adicional en el hogar o del cónyuge

¿Recibe ingresos de empleo o de trabajo autónomo? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. Enumere todos los empleos (se requiere verificación de empleo).

Nombre del cuidador en la familia	Nombre y teléfono del empleador o de la entidad comercial	Fecha de inicio del empleo/empleo autónomo	Empleo autónomo	¿Empresa LLC o S-Corp?	N.º de horas por	Frecuencia salarial	Ingresos totales por período de pago (propinas y

					semana		comisiones incluidas)
			<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: comprobante de pago del sustento de menores según orden judicial

¿Hace pagos de sustento de menores a favor de algún niño? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la orden judicial y de los pagos es obligatoria.

Nombre del responsable de los pagos	Niño(s) a cargo de	Importe pagado	Frecuencia de los pagos
		\$	
		\$	

Sección 8: sustento de menores ordenado o pagado

¿Hay orden judicial de sustento de menores? ¿Ha recibido tal sustento? Sí No

Nombres de los niños	¿Hay orden judicial de sustento de menores?	¿Se ha recibido el sustento de menores?	Monto del sustento de menores pagado	Frecuencia de los pagos	Nombre del padre o madre que no tiene la 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			

Sección 9: otros ingresos. Complete los datos de esta sección por cada persona que vive en el hogar.

Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos

Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____
Nombre del individuo:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:	Expediente judicial/juicio núm. (si corresponde)
	Fuente de ingresos (de la lista de abajo):	Importe bruto	Frecuencia de los ingresos
Otros tipos de ingresos: Asistencia en efectivo para refugiados Beneficios de Seguro Social para familiares supérstites, pagos de la indemnización por discapacidad, jubilación Remuneración de desempleo Jubilación o pensión por vejez (no es Seguro Social) Indemnización de seguro o su pago por orden judicial Intereses de cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas de jubilación IRA o 401(k) Beneficios de jubilación ferroviaria Beneficios para veteranos Ingresos del Seguro Social complementario (SSI) Asistencia en efectivo TANF/Colorado Works Otros ingresos (descríbalos debajo del nombre del individuo)	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidad Contribuciones en efectivo Pensión alimenticia/sustento Bonificaciones y regalías de arrendador (producción petrolera) Retenciones del salario militar Subsidios de huelga Ingresos de fideicomisos Ingresos por servicios a AmeriCorps Compensación por accidente de trabajo Pensión por vejez	<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 <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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bienes: Recursos líquidos en caja, fondos en cuentas corrientes o cuentas de ahorro, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos globales no repetitivos).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____	Recursos no realizables (automóviles con matrícula o sin ella, casas rodantes, bienes inmuebles, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el monto: \$ _____

Sección 10: detalles educativos y de formación profesional del cuidador adulto/adolescente en el hogar

Indique si usted u otro miembro del grupo familiar participa en actividades académicas o de formación profesional
 Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de tales actividades es obligatoria.

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Nombre:	Fecha válida de inicio:	Fecha válida de fin:
---------	-------------------------	----------------------

Número de horas crédito:	Instituto de capacitación:	Tipo de capacitación: <input type="checkbox"/> Educación básica para adultos <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma (ESL) <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria <input type="checkbox"/> Diploma equivalente de bachillerato o educación secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria/educación media <input type="checkbox"/> Formación en aptitudes laborales <input type="checkbox"/> Programa académico con certificado	Fecha anticipada de graduación:
--------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Sección 11: detalles sobre la discapacidad del cuidador adulto en el hogar

¿Tiene usted u otro cuidador adulto en el hogar alguna discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, provea los datos siguientes. La verificación de la discapacidad es obligatoria.

Nombre:	Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
---------	-------------------------------------	----------------------------------

Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:
---	--	--

Nombre:	Fecha de inicio de la discapacidad:	Fecha de fin de la discapacidad:
---------	-------------------------------------	----------------------------------

Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	¿Es capaz este individuo de cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plazo del examen físico, si corresponde:
---	--	--

Sección 12: calendario laboral/académico/de formación profesional o de búsqueda de trabajo de los cuidadores adultos
 Complete el calendario que anticipa. Si hay dos cuidadores adultos, incluya los calendarios de ambos. Si tiene más de un empleo, incluya los calendarios de todos los empleos. La verificación de esta información es obligatoria.

Ejemplo	Lunes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m.- 3:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m.- 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m.- 12:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m.- 5:00 p. m.
MI CALENDARIO							
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							
SEGUNDO CUIDADOR ADULTO EN EL HOGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Empleo/Búsqueda de trabajo							
Formación profesional/Académico							

Sección 13: calendario de los niños que necesitan cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. - 5:00 p. m.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									

Sección 13: calendario de los niños que necesitan cuidado (no lo complete para los niños que no lo necesiten).

Nombre del niño	Asiste a la escuela	Grado y escuela adonde asiste	Calendario del niño: indique las horas en que planea dejar al niño en guardería infantil cada día, por cada cuidador.							
			Núm. de licencia, nombre, domicilio y teléfono (si lo sabe) del cuidador	Lunes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Martes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Miércoles 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Jueves 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Viernes 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Sábado 8:00 a. m. - 5:00 p. m.	Domingo 8:00 a. m. - 5:00 p. m.
	<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 dar información

Autorización para dar información

Por el presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado para compartir mi información con cualquiera de las entidades abajo indicadas con el fin de administrar el programa de servicios sociales. Por lo tanto, exoneró al departamento del condado de todo tipo de responsabilidad por compartir tales datos.

- Cualquier cuidador infantil que yo escoja.
- Cualquier empresa en la cual yo trabaje o haya trabajado.
- Cualquier escuela, universidad o instituto de capacitación al cual yo asista.
- Cualquier organismo administrativo de la vivienda.
- Cualquier otro dato necesario para mi solicitud o recepción de beneficios de programas de asistencia pública, incluidos Head Start y Early Head Start.

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los individuos, agencias o instituciones abajo indicadas para que compartan los datos de mi solicitud o de mi elegibilidad para recibir servicios sociales con el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado. También autorizo a cualquier representante autorizado del departamento del condado a la inspección y reproducción de los documentos que tengan a mano sobre mi persona. Por lo tanto, exoneró a tales individuos, agencias o instituciones de todo tipo de responsabilidad por compartir tales datos.

- Cualquier cuidador infantil que yo escoja.
- Cualquier empresa en la cual yo trabaje o haya trabajado.
- Cualquier documentación relativa a empleo autónomo.
- Cualquier escuela, universidad o instituto de capacitación al cual yo asista.
- Cualquier organismo administrativo de la vivienda.
- Cualquier otro dato necesario para mi solicitud o recepción de beneficios de programas de asistencia pública, incluidos Head Start y Early Head Start.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge o de otro cuidador adulto en el hogar: _____
Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CUIDADO INFANTIL DE BAJOS INGRESOS

Como beneficiario de los beneficios del Programa de Asistencia Para Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), acepto lo siguiente:

1. Notificar a mi trabajador de cuidado infantil por escrito dentro de los diez (10) días calendario si mi ingreso familiar excede el 85% del Ingreso Medio Estatal (SMI) e informar dentro de cuatro (4) semanas si cambia mis actividades elegibles calificadas. Entiendo que también debo verificar estos cambios y que tendré que reembolsar los beneficios que recibí para cuales no era elegible. Las cantidades de ingresos por tamaño del hogar se pueden encontrar en www.coloradoofficeofearlychildhood.com.
2. Completar el proceso de redeterminación, lo que incluye proporcionar un paquete de redeterminación completo y toda la verificación requerida, cuando sea debido, para mantener mis beneficios de CCCAP.
3. Proporcionar una copia de mi identificación con foto no vencida, tomado en las últimas diez (10) años expedido por una escuela o una agencia gubernamental federal o estatal de los EEUU, a mi trabajador de cuidado infantil si estoy declarando la identidad de mi(s) hijo(s) debido a que el (los) hijo(s) no tienen identificación como parte de la solicitud o en el tiempo de redeterminación si no la recibió anteriormente mi trabajador de cuidado infantil.
4. Proporcionar un registro de vacunas de mi(s) hijo(s) a mi trabajador de cuidado infantil si el(los) hijo(s) no está(n) en edad escolar y el cuidado es brindado fuera de hogar por un Proveedor de Cuidado Infantil Exento Calificado y no relacionado.
5. Notificar a mi trabajador de cuidado infantil antes de cambiar de proveedor de cuidado infantil, de lo contrario, es posible que el condado no pague por mi cuidado infantil.
6. Cooperar con la oficina de Servicios de Manutención de Niños para cualquier niño que esté recibiendo cuidado y tenga un padre ausente si mi condado requiere la cooperación de los Servicios de Manutención de Niños.
7. Usar el Sistema de Seguimiento de Asistencia (ATS) aprobado por el estado diseñado para marcar el ingreso y la salida de mis hijos dentro y fuera del cuidado infantil en los días en que mi(s) hijo(s) asiste(n) al cuidado infantil. Si mi proveedor de cuidado infantil tiene una exención ATS aprobada por el estado, registraré la entrada y salida de mi(s) hijo(s) según las instrucciones de mi trabajador de cuidado infantil y/o proveedor.
8. No compartir mi Número de Identificación Personal (PIN) del Sistema de Seguimiento de Asistencia con mi proveedor de cuidado infantil o cualquier otra persona y notificar a mi trabajador de cuidado infantil si mi proveedor de cuidado infantil solicita esta información.
9. Pagar la tarifa de los padres que figura en mi aviso de autorización de cuidado infantil a mi proveedor de cuidado infantil en el mes en que se recibe el cuidado.
10. Si mi caso CCCAP se cierra y han pasado menos de treinta (30) días desde la fecha de cierre antes de que haya proporcionado la verificación necesaria para corregir el motivo del cierre, los servicios pueden reanudarse a partir de la fecha en que el condado recibió la verificación. También entiendo que yo sería responsable del pago durante la interrupción del servicio.

Como beneficiario de los beneficios de CCCAP, reconozco lo siguiente:

1. Si yo o cualquier padre adolescente o cuidador adulto en mi caso de cuidado infantil es empleado por cuenta propia, yo / nosotros debemos mantener un ingreso promedio que exceda los gastos comerciales y estoy de acuerdo en monitorizar y verificar ingresos, gastos, horario de trabajo y necesidad de cuidado para ayudar en mi determinación de elegibilidad.
2. Si se proporciona cuidado de niños para una actividad de empleo o trabajo por cuenta propia, entonces el salario bruto imponible dividido por el número de horas trabajadas debe ser igual al salario mínimo federal actual para poder seguir recibiendo cuidado de niños. Si un esfuerzo de trabajo por cuenta propia tiene menos de doce (12) meses y no estoy ganando el salario mínimo, se lo comunicaré a mi trabajador de cuidado infantil para que pueda utilizar el Período de Inicio del Trabajo por Cuenta Propia.
3. La tarifa de los padres se basa en los ingresos familiares contables, el tamaño del hogar y la cantidad de niños en el cuidado y está sujeta a cambios. Se me notificará de mi tarifa de los padres nueva en el momento de la solicitud o la redeterminación; o, cuando ocurre una reducción / aumento de la tarifa de los padres del hogar.
4. Si no pago la tarifa de los padres ni hago arreglos de pago aceptables con mi proveedor de cuidado infantil, perderé mis beneficios de cuidado infantil en la redeterminación y no podré recibir asistencia de cuidado infantil con otro proveedor de cuidado infantil y / o a través de cualquier otro condado.
5. Si se descubre que yo u otro cuidador en mi caso de cuidado infantil hemos dado información falsa intencionalmente por escritura u omisión, mi hogar de cuidado infantil no puede obtener asistencia de cuidado infantil durante doce (12) meses por la primera infracción, veinticuatro (24) meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción. Este crimen está sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales.

Certifico/Certificamos que todos los datos de este formulario son correctos a mi/nuestro mejor saber y entender. Si yo o nosotros no informamos de los cambios obligatorios o si damos datos inexactos, entendemos que podrán exigirnos el reembolso de los beneficios de asistencia infantil o que se suspenderán dichos beneficios. Luego de haber leído las condiciones indicadas para recibir asistencia para sufragar el costo de asistencia infantil, estoy de acuerdo con tales condiciones.

• Firma del cuidador adulto principal en el hogar: _____ Fecha:

• Firma del otro cuidador adulto en el hogar: _____
Fecha: _____

Gracias por llenar este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al programa de asistencia infantil (CCAP) en el Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.

RECURSO DE APELACIÓN Y VISTA IMPARCIAL

Tiene derecho a apelar cualquiera de las medidas tomadas respecto a los beneficios de asistencia infantil, si no está de acuerdo con ella.

- ◆ Si le deniegan beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha de denegación. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le modifican los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil en un plazo de quince (15) días a partir del aviso del cambio. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.
- ◆ Si le interrumpen los beneficios de asistencia infantil, llame al trabajador social de asistencia infantil **antes de la fecha válida** de interrupción de servicios. Infórmele que quiere recurrir a una apelación.

El departamento de condado correspondiente concertará una vista, durante la cual usted tendrá la oportunidad de establecer los fundamentos de su apelación. Si apela la decisión o el cambio, el individuo que preside la vista no será el responsable del cambio o la decisión.

Antes de decidirse por pedir una vista de condado, se recomienda que hable primero con el trabajador social de asistencia infantil en el departamento de condado y luego con el supervisor de aquél. A menudo pueden resolverse sus preguntas y dudas si las conversa con el personal del condado responsable de hacer cambios en los subsidios de asistencia infantil.

Si aún no está de acuerdo con la decisión luego de terminada la vista de condado, usted puede apelar la decisión ante el estado si sigue estas instrucciones:

1. Escriba una carta a la agencia siguiente:

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

2. Tiene un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso de la decisión por la vista imparcial de condado para presentar su apelación.
3. Indique en la carta que desea apelar la decisión de la vista del condado y las razones de su apelación. Si necesita ayuda, puede pedírsela a quien desee, hablar con una oficina de asistencia jurídica gratuita, o pídale ayuda a un representante del Departamento de Servicios Sociales y Humanos del condado donde reside.
4. La Dirección de Tribunales Administrativos apartará una fecha para la vista de la apelación si determina que el pedido de apelación fue presentado puntualmente. Usted recibirá de esta entidad una carta donde se detallarán los pasos siguientes, quién puede acompañarlo, quién puede presentarse como testigo y otros detalles sobre la vista.

Debe saber que el estado y el condado tienen la responsabilidad de procurar cobrar todos los beneficios que usted haya recibido y a los que no tenga derecho.

Discriminación

Si cree que sufrió discriminación por motivo de raza, color de piel, sexo, edad, religión, convicciones políticas, nacionalidad o discapacidad, tiene derecho a elevar una queja ante la Dirección para la Defensa de los Derechos Civiles:

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)

Guarde esta hoja para consultas futuras

Formulario de Registración de Votante de Colorado Rellene todos los campos marcados con un asterisco (*)

Eligibilidad **1** * Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No **si contesto "No", no complete est formulario.**

Nombre **2** _____
*Apellido *Primer Nombre Segundo Nombre Sufijo

Identificación **3** Recuerde escribir su fecha de nacimiento abajo.
 Proveen su fecha de nacimiento y marca una de las cajas.
 Tengo una Licencia de Conducir de CO válida o Tarjeta de ID. **Escribir dicho Número aquí:** _____
 No tengo una Licencia de Conducir de CO o Tarjeta de ID. **Escribir los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social aquí:** _____
 No tengo una Licencia de Conducir de CO, Tarjeta de ID, o Número de Seguro Social.
*MM *DD *YYYY


La dirección donde usted vive **4** _____
* Dirección (no Apartados Postales) Número de Unidad * Ciudad o Pueblo
 Estado * Código Postal Condado de Colorado
 Estoy sin vivienda. Esta es una locación a la cual regreso regularmente. También he proveído una dirección de correo postal en la sección 5.

La dirección donde usted recibe correo postal **5** Igual que arriba Dirección _____
 Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

La dirección para enviar la boleta **6** Igual que arriba Dirección _____
 El Condado le enviara su boleta aquí hasta que usted diga de otra manera.
 Ciudad o Pueblo Estado Código Postal

Afiliación política **7a** Me gustaría ser un miembro del siguiente partido político:
 American Constitution Approval Voting Democratic Green Libertarian Republican Unity
Elija solo 7a o 7b
7b Me gustaría ser sin afiliación, pero quiero recibir la boleta del siguiente partido en las próximas elecciones primarias:
 Las boletas de todos los partidos principales American Constitution Approval Voting Democratic
 Green Libertarian Republican Unity

¿Actualizando un registro actual? **8** No estoy actualizando un expediente Ya no estoy en el extranjero Ya no estoy ausente de Colorado debido al servicio militar
 Si es así, usted debe proveer los cambios aplicables aquí.
 Dirección de domicilio anterior Nombre legal anterior
 Dirección de correo postal anterior Afiliación Política Anterior

Declaración **9**  **Advertencia:** Es un delito menor de Clase 1 a jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para votar.
Afirmación propia: Afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos; he sido residente de Colorado por lo menos durante 22 días inmediatamente antes de una elección en la cual intento votar; y yo tengo por lo menos dieciséis años de edad; y entiendo que debo tener por lo menos diecisiete años y cumpliendo dieciocho años de edad en o antes de la fecha de la próxima elección general para ser elegible para votar en una elección primaria, y por lo menos dieciocho años para ser elegible para votar en cualquier otra elección. Además, yo afirmo que la dirección que yo he proveído es **mi único lugar de residencia legal**. Certifico bajo pena de perjurio que la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera a mi leal saber y entender; y que no he ni voy a emitir más que una boleta en cualquier elección.

* Firma o marca * Fecha Firma del testigo Fecha
 Si usted no puede firmar, usted debe poner una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí.

Información Opcional **10** _____
Número de teléfono con código de área Identidad de género Quisiera ser un juez electoral
 Quiero recibir información electoral por correo electrónico: (No recibirá una boleta por correo electrónico) _____
Correo electrónico

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 al secretario y registrador de su condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: www.VayaVotarColorado.com.

También puede enviar el formulario a:

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

¿Soy elegible para registrarme para votar?

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos,
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 17 años para votar en una elección primaria si cumplirá 18 años de edad o mayor en o antes de la fecha de la próxima elección general.
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 18 años de edad para poder votar en cualquier otra elección
- Es un residente de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted intenta votar.
- Actualmente no está sirviendo un término de encarcelamiento por una condena por delito mayor.

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

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

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

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

¿Cómo sabré si mi registración se procesó?

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

Si usted está usando este formulario para actualizar un registro actual, puede revisar su estado visitando <http://VayaVotarColorado.com> y haciendo clic en "Encontrar Mi Registro de Votante."

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

Otras preguntas frecuentes sobre el registro y la votación

¿Necesitaré identificación para votar?

Si usted esta votando por correo por primera vez, es posible que tenga que proporcionar una fotocopia de su identificación.

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

¿Cómo puedo recibir una boleta por correo?

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

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

Sí, si usted

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

Si estuvo registrado anteriormente y estuvo encarcelado debido a una condena por delito mayor, esa registración se habrá cancelado y debe volver a registrarse si desea votar.

¿Qué información recibiré por correo electrónico?

Al elegir a recibir la información electoral por correo electrónico, usted podrá recibir información sobre las actividades de elecciones próximas y otra correspondencia por correo electrónico de parte del Secretario y Registrador de su Condado. Pero boletas y algunos correos serán enviados por correo. Bajo la ley de Colorado, su dirección de correo electrónico está protegida. No se compartirá con nadie.

¿Será mi información disponible públicamente?

Alguna de la información que usted provee en este formulario es información publica como requerido por ley. Su número de seguro social, numero de licencia de conducir, mes y día de nacimiento, firma, y correo electrónico son confidencial. Usted podrá ser elegible para mantener más de su información de votante privado. Para detalles contacte al secretario y registrador de su condado.

¿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.VayaVotarColorado.com.

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

Teléfono: 303-894-2200

Fax: 303-869-4861

Correo electrónico: State.ElectionDivision@sos.state.co.us

Información para votantes sin afiliación

Soy registrado como sin afiliación. ¿Podré votar en la elección primaria?

Sí. Votantes sin afiliación son elegibles para votar en la elección primaria de cualquier partido, solo que podrán votar la boleta de un solo partido.

¿Necesito escoger de adelantado la boleta del partido que quiero votar?

No, pero puede si quiere. Tiene varias opciones:

1. Puede escoger la boleta del partido que quiere recibir por correo para la próxima elección primaria marcando la casilla junto al partido en la sección 7b de este formulario; o
2. Si prefiere recibir un paquete conteniendo las boletas de todos los partidos Demócrata y Republicana, marque "Las boletas de todos los partidos principales" en la sección 7b de este formulario. Si marca " Las boletas de todos los partidos principales " en la sección 7b de este formulario, recuerde que debe elegir qué boleta votar. Solo vote y devuelva la boleta de uno de los partidos.
3. También puede votar en persona en cualquier Centro de Votación en su condado y escoger la boleta del partido que quiere votar.

¿Seleccionar una preferencia en la sección 7b significa que estoy uniéndome con ese partido?

No. Un votante sin afiliación quien selecciona una preferencia de boleta en la sección 7b se mantendrá sin afiliación.

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

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