

ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Departamento de servicios sociales/humanos del condado de _____ # de caso _____

Yo, _____ y _____,

- ___ 1. Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador (a) de cuidado de niños por escrito dentro de diez (10) días si mi ingreso total supera el 85% del ingreso promedio del estado e informar dentro de cuatro (4) semanas si cambia mi actividad elegible para calificar. Entiendo que también debo de comprobar estos cambios y que tendré que pagar cualquier beneficio que haya recibido sin ser elegible. Para el tamaño de mi unidad familiar de _____ el ingreso promedio del estado es de \$ _____.
- ___ 2. Estoy de acuerdo a que debo completar el proceso de re-determinación cuando sea debido, incluyendo proporcionar todas las verificaciones necesarias.
- ___ 3. Estoy de acuerdo a que debo comprobar mi actividad de elegibilidad. (Proporcionando horarios escolares/entrenamiento o de empleo en la re-determinación y cuando cambien mis actividades.)
- ___ 4. Estoy de acuerdo en que proporcionare los registros de búsqueda de empleo por lo menos cada dos semanas que muestren mis esfuerzos de búsqueda de empleo o mi cuidado de niños se terminara por no estar en una actividad elegible.
- ___ 5. Estoy de acuerdo a que si estoy en educación/entrenamiento, opción del condado, mantendré un progreso satisfactorio para seguir siendo elegible para la asistencia de cuidado de niños para esta actividad. Progreso satisfactorio es un GPA de por lo menos 2.0 o su equivalente o tener un grado académico consistente con los requisitos de graduación de la institución.
- ___ 6. Estoy de acuerdo en notificar a mi trabajador (a) de cuidado de niños por escrito por lo menos diez (10) días **ANTES** de cambiar de proveedores de cuidado de niños de lo contrario el condado puede negar el pago por mi cuidado de niños.
- ___ 7. Estoy de acuerdo que seré responsable de resolver cualquier problema que pueda tener con mi proveedor de cuidado de niños.
- ___ 8. Estoy de acuerdo en notificar al departamento de servicios sociales/humanos si tengo alguna duda sobre el posible abuso o abandono de un niño mientras estén bajo cuidado.
- ___ 9. Entiendo que si cualquier padre en mi unidad familiar tiene su propio negocio, yo/nosotros tenemos que mantener un ingreso promedio que supere los gastos del negocio y estoy de acuerdo en llevar las cuentas y verificar ingresos, gastos, horarios de empleo y la necesidad de cuidado para ayudar en la determinación de elegibilidad. También entiendo que debo proporcionar documentación del IRS u otra agencia de gobierno para verificar mi estado de empleo propio.
- ___ 10. Entiendo que si se me proporciona cuidado de niños para mi actividad laboral entonces el salario bruto dividido por el número de horas que uso en cuidado de niños para mi empleo debe igualar por lo menos el ingreso mínimo federal para poder continuar recibiendo el cuidado de niños.
- ___ 11. Estoy de acuerdo en que si mi condado exige cumplimiento de manutención infantil yo cooperare con la oficina de manutención infantil para cualquier niño que tenga un padre ausente independientemente de si reciben asistencia de cuidado de niños.
- ___ 12. Estoy de acuerdo en que no dejaré en ningún momento mi tarjeta de CCAP en posesión de mi proveedor de cuidado de niños o seré descalificado del programa de asistencia de cuidado de niños de Colorado.
- ___ 13. Estoy de acuerdo en usar mi tarjeta de CCAP para marcar que mis niños entraron y salieron de cuidado diariamente o mi asistencia de cuidado de niños se cerrara y yo seré responsable de pagar el costo de cuidado de niños.
- ___ 14. **Entiendo que una persona que intencionalmente ha dado información falsa por acto u omisión no puede obtener asistencia de cuidado de niños por doce (12) meses para la primera ofensa, veinticuatro (24) meses para la segunda ofensa, y permanentemente por la tercera ofensa. Este delito está sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales.**
- ___ 15. CUOTA DE PADRES:
 - ___ a. Estoy de acuerdo en pagar la cuota de padres que aparece en mi aviso de autorización de cuidado de niños, el cual se debe pagar al proveedor el primer día de cada mes.
 - ___ b. Entiendo que mi cuota parental está basada en mis ingresos, tamaño de unidad familiar, y número de niños en cuidado y está sujeta a cambios tras recibir aviso previo del condado.
 - ___ c. Entiendo que si no pago esta cuota a mi proveedor de cuidado de niños perderé los beneficios de cuidado de niños.
 - ___ d. Entiendo que si solicito asistencia con otro proveedor de cuidado de niños o me mudo a otro condado y todavía debo honorarios a algún proveedor anterior, no recibiré asistencia hasta que se hayan hecho arreglos de pagos satisfactorios con el proveedor anterior.

Al firmar a abajo, he leído y entiendo las condiciones mencionadas para recibir asistencia con mis gastos de cuidado de niños:

Firma de adulto primario

Fecha

Firma del otro adulto

Fecha

DERECHO DE APELACIÓN Y AUDENCIA IMPARCIAL

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

- ◆ Si sus beneficios de cuidado de niños son **negados**, debe llamar a su trabajador de asistencia de cuidado de niños dentro de los quince (15) días de la fecha de la negación para decir que quiere apelar.
- ◆ Si sus beneficios de cuidado de niños son **cambiados**, debe llamar a su trabajador de asistencia de cuidado de niños dentro de los quince (15) días de la fecha del aviso del cambio para decir que quiere apelar.
- ◆ Si sus beneficios del cuidado de niños son **interrumpidos**, debe llamar a su trabajador de asistencia de cuidado de niños antes de la fecha efectiva de la interrupción para decir que quiere apelar.

Se programará una audiencia por el departamento del condado. En la audiencia, se le dará la oportunidad de presentar su caso. Si apela la decisión o el cambio, la persona que oficia en la audiencia no será el creador del cambio o la decisión.

Antes de que decida solicitar una audiencia de condado, le aconsejamos que primero hable con su trabajador de cuidado de niños del condado, y después con el supervisor del trabajador. A menudo sus preguntas e inquietudes pueden resolverse hablando con el personal del condado que es responsable de realizar el cambio en su subsidio de cuidado de niños.

Si después de finalizar la audiencia del condado usted aún no está de acuerdo con la decisión, puede apelar la decisión al Estado siguiendo los siguientes pasos:

1. Escriba una carta a: **Office of Administrative Courts**
633-17th St, 13th Floor
Denver, CO 80202
2. Debe de apelar la decisión del condado dentro de 15 días de la fecha de correo en el aviso de la decisión de la audiencia del condado.
3. En la carta debe de indicar que quiere apelar la decisión de la audiencia del condado y porque quiere apelar la decisión. Si necesita ayuda para hacerlo puede pedirle ayuda a quien usted quiera, o hablar a una oficina de asistencia legal, o preguntarle a su representante de servicios sociales/humanos del condado.
4. La oficina de tribunales administrativos programará una fecha para la audiencia de apelación si se determina que la solicitud fue presentada a tiempo. Recibirá una carta de la oficina de tribunales administrativos explicándole los pasos a seguir, quien puede venir con usted, quien puede presentar testimonio, y otra información acerca del a apelación.

Debe tener en cuenta que el estado y el condado están obligados a intentar de recoger todos los beneficios por los cuales usted no era elegible.

Discriminación

Si usted cree que ha sido discriminado por su raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, origen nacional, o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja con:

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