



Elegibilidad de CCAP: Si la familia califica para la asistencia de CCAP (El Programa de Asistencia para Cuidado de Niños de Denver) es imperativo que primero haya aplicado por ayuda en ese programa, antes de entregar ésta solicitud. [Revisa la elegibilidad de CCAP aquí](#)

El **Programa de Asistencia de Cuidado de Niños de Denver (CCAP)** ayuda con el pago por cuidado de niños hasta 13 años de edad y también para los jóvenes con necesidades especiales hasta los 18 años de edad.

Los tipos de cuidado disponible son: tiempo completo, tiempo parcial, y cuidado infantil durante el verano. Para calificar, los ingresos de los padres o guardianes deben estar dentro de las pautas establecidas y deben ser:

- Empleados o trabajadores autónomos y ganar por lo menos el salario mínimo por las horas trabajadas;
- Alumnos de la escuela secundaria, la universidad por primera licenciatura o un programa de formación profesional, o estar estudiando para el GED o ESL;
- Actualmente buscando empleo;
- Participantes en el programa Colorado Works y estar calificados para el cuidado de niños como parte de su Plan individual

REQUISITOS DE INGRESOS DEL CCAP DENVER 2018

TAMAÑO FAMILIAR	INGRESO MENSUAL MÁXIMO ANTES DE IMPUESTOS
2	\$3,045.00
3	\$3,828.75
4	\$4,612.50
5	\$5,396.25
6	\$6,180.00
7	\$6,963.75
8	\$7,747.50
9	\$8,531.25

Ingreso anual de la familia: - Ponga un X en la caja que representa los ingresos totales anuales de la casa.

Número de personas en la casa	\$0-\$25,100	\$25,101-\$46,435	\$46,436+

Hoja de cálculo:

Tipo de ingresos	Nombre: _____	Nombre: _____
Ingreso mensual antes de las deducciones		
Asistencia social, pensión alimenticia de menores, pensión alimenticia para cónyuges		
Pensiones, ingresos de jubilación, seguro social, beneficios para veteranos, SSI		
Otro ingresos		

Certifico que toda la información que aparece en esta solicitud representa con verdad el estado financiero de nuestra familia. Autorizo al personal del Departamento de Educación Extendida y de Escuelas Comunitarias a verificar la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que, si someto información falsa deliberadamente, pierdo la elegibilidad de recibir asistencia financiera. Notificare al Departamento de Educación Extendida y de Escuelas Comunitarias inmediatamente si algo cambia con mis ingresos.

Firma:

_____ Nombre

_____ Fecha