



ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES, INC.

APLICACIÓN PRE-NATAL - Año 2021-2022

Gracias por su interés en nuestro Programa Early Head Start. Nuestro programa prenatal ayuda a las mujeres embarazadas a recibir educación y una mayor comprensión de la atención médica que ellas y sus bebés en necesitan. Una trabajadora hará visitas al hogar con usted para brindarle información de apoyo mientras se prepara para el nacimiento de su bebé.



Los servicios especializados son proporcionados por Doulas certificadas; para madres embarazadas y posparto. Actualmente, este servicio solo está disponible en el condado de Rock y el espacio es limitado. Se requieren comprobantes de ingresos de 2020 y una entrevista para determinar su elegibilidad en el programa. Completar la solicitud no significa que sea aceptada. Las madres embarazadas con mayor necesidad de servicios serán ubicadas primero.

Toda su información se mantendrá confidencial.

SOMOS UN PROGRAMA BASADO EN INGRESOS Y NECESITAMOS SUS INGRESOS DE 2020:

Si **actualmente** recibe uno de los siguiente, necesitaremos verificación.

Ejemplo: carta de prueba o declaración de cuenta

- SSI
- W2 Asistencia en efectivo
- Suplemento de niños en el sistema de Adopción
- Kinship Care

Si los ingresos anteriores no aplican, envíe copias de todos los ingresos a continuación que le correspondan a su familia:

- 2020 Declaración de impuestos
- 2020 Declaración del empleado W2
- Compensación por desempleo
- Declaración por escrito del dinero recibido al contado por cualquier trabajo
- Manutención recibida en el 2020 para cada niños en su hogar
- SSDI
- Suplemento para proveedor de cuidado
- Declaración escrita del empleador.

Si ninguno de estos se aplica a usted, comuníquese con la oficina de inscripción.



Por favor espere hasta 30 días para que procesemos su solicitud. Las solicitudes incompletas no serán consideradas para colocación. Por favor contáctenos con nuevos cambios de dirección/número de teléfono.

No podemos servirle si no podemos encontrarlo.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con algo, llámenos o envíenos un correo electrónico:

Janice Kuchelmeister
jkuchelmeister@cfsheadstart.org

Maria Olvera
molvera@cfsheadstart.org

Nancy Marx
nmarx@cfsheadstart.org

1221 Henry Ave, Beloit, WI 53511 • Teléfono: (608) 299-1500 or 1-800-774-7778 • Fax: (608) 299-1629

SOLICITUD CONFIDENCIAL PRE-NATAL PARA INSCRIPCIÓN AÑO 2021-2022
ESTA SOLICITUD DEBE SER LLENADA Y FIRMADA SOLAMENTE POR LA MADRE PRE-NATAL

1. INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE: _____ **FDN:** _____
(Como aparece el nombre en su acta de nacimiento) 1er NOMBRE 2do NOMBRE APELLIDO

Teléfono Principal: _____ Optar por mensajes de texto: Si No

Correo Electronico: _____

2. RAZA / ORIGEN ÉTNICO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | Hispano?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Lenguaje Primario: Inglés Español Lenguaje de Signos Americano Otro:

Capacidad de hablar Inglés: Muy bien Bien No Muy Bien Nada

Historial de Trabajo:

¿Trabajaste en 2020? Si No

¿Ha cambiado su situación financiera desde entonces? Si No

Educación:

¿Hasta qué año termino?

¿Recibió usted? Diploma de Preparatoria HSED/GED Ninguno

DOMICILIO: _____
APT/LOT # CIUDAD CODIGO POSTAL CONDADO

Dirección postal: (si es diferente) _____

3. INFORMACIÓN DE EMBARAZO

En qué trimestre del embarazo está: 1^{er} 2^{do} 3^{er} Fecha de parto: _____

Número de embarazos pasados (No cuente su embarazo actual): _____ Número de nacimientos vivos: _____

Alguna vez has estado embarazada de múltiples Si No Está recibiendo atención prenatal: Si No

Usted o su médico tienen alguna preocupación con su embarazo Si No

En caso afirmativo, comente brevemente:

4. INFORMACIÓN DEL PADRE

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Raza/Origen Etnico: _____ Hispano? Si No

Domicilio si es diferente a la familia del niño: _____

Teléfono Principal: _____ Optar por mensajes de texto: Si No

Teléfono Secundario: _____ Correo electrónico: _____

Capacidad de hablar Inglés: Muy bien Bien No Muy Bien Nada Lenguaje primario: _____

¿Hasta que año termino en la escuela?

¿Recibió usted? Diploma de escuela secundaria HSED/GED Ninguno

5. ESTADO MARITAL DE LOS PADRES DE NACIMIENTO

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casados/Viviendo juntos | <input type="checkbox"/> Legalmente Casados/No Viviendo Juntos | <input type="checkbox"/> Divorciados |
| <input type="checkbox"/> Nunca Casados/Viviendo Juntos | <input type="checkbox"/> Nunca Casado/No Viviendo Juntos | <input type="checkbox"/> Viuda |

LEA DETENIDAMENTE LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN ANTES DE FIRMAR

La solicitud no estará completa hasta que tengamos comprobante de ingresos.

El ingreso familiar es el ingreso de los padres biológicos / padres adoptivos o tutores que viven en el hogar.

Para fines de inscripción, entiendo que RWCFS Head Start-Early Head Start puede necesitar coordinar la programación con mi distrito escolar local y otros programas de visitas al hogar para la colocación. Al firmar, verifico que la información proporcionada es correcta y completa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas, es posible que mi familia ya no sea elegible para recibir más servicios.

FIRMA Y FECHA: (Cuando ambos padres viven en el hogar, ambos deben firmar siempre que sea posible)

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Non-discriminatory Clause: RWCFS HS&EHS policy is not to discriminate on the basis of race, sex, age, color, national origin, religion, or disabilities in the provision of services and employment. Cláusula no discriminatoria: la política de RWCFS HS &

INTERVIEW (Staff use only)

	In-Person	Phone (Reason for phone interview):
Staff Person:		
	Date:	
Parent Guardian:		
	Date:	
Proof of income obtained:		

Ejemplo de formulario de declaración de impuestos que debemos recopilar como comprobante de ingresos.

Form 1040 Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99) 2019 U.S. Individual Income Tax Return OMB No. 1545-0074 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

Filing Status: Single Married filing jointly Married filing separately (MFS) Head of household (HOH) Qualifying widow(er) (QW)

Check only one box. If you checked the MFS box, enter the name of spouse. If you checked the HOH or QW box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent. ▶

Your first name and middle initial: _____ Last name: _____ Your social security number: _____

If joint return, spouse's first name and middle initial: _____ Last name: _____ Spouse's social security number: _____

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. Apt. no. _____ Presidential Election Campaign: You Spouse

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name: _____ Foreign province/state/county: _____ Foreign postal code: _____ If more than four dependents, see instructions and ✓ here ▶

Standard Deduction: Someone can claim: You as a dependent Your spouse as a dependent Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Age/Blindness: You: Were born before January 2, 1955 Are blind Spouse: Was born before January 2, 1955 Is blind

(1) First name		Last name	(2) Social security number	(3) Relationship to you	(4) ✓ if qualifies for (see instructions):	
					Child tax credit	Credit for other dependents
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2	2a	2b Taxable interest. Attach Sch. B if required	2b
2a Tax-exempt interest	2a	3a Qualified dividends	3a
3a Qualified dividends	3a	4a IRA distributions	4a
4a IRA distributions	4a	4c Pensions and annuities	4c
4c Pensions and annuities	4c	5a Social security benefits	5a
5a Social security benefits	5a	6 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here	6
6 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here	6	7a Other income from Schedule 1, line 9	7a
7a Other income from Schedule 1, line 9	7a	7b Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 4d, 5b, 6, and 7a. This is your total income	7b
7b Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 4d, 5b, 6, and 7a. This is your total income	7b	8a Adjustments to income from Schedule 1, line 22	8a
8a Adjustments to income from Schedule 1, line 22	8a	8b Subtract line 8a from line 7b. This is your adjusted gross income	8b
8b Subtract line 8a from line 7b. This is your adjusted gross income	8b	9 Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A)	9
9 Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A)	9	10 Qualified business income deduction. Attach Form 8995 or Form 8995-A	10
10 Qualified business income deduction. Attach Form 8995 or Form 8995-A	10	11a Add lines 9 and 10	11a
11a Add lines 9 and 10	11a	11b Taxable income. Subtract line 11a from line 8b. If zero or less, enter -0-	11b
11b Taxable income. Subtract line 11a from line 8b. If zero or less, enter -0-	11b		

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 11320B Form 1040 (2019)

FOR OFFICE USE

INCOME POINTS	TOTAL POINTS:	DATA ENTERED BY:	REVIEWED BY:
----------------------	----------------------	-------------------------	---------------------

Espacio adicional para hermanos que viven en casa

(Nombre)

(Apellido)

(Relación con el niño)

4. _____ Masculino Femenino FDN: _____

5. _____ Masculino Femenino FDN: _____

6. _____ Masculino Femenino FDN: _____