ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES, INC. APLICACIÓN PRE-NATAL - Año 2022-2023

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 2021 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 2021:

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 •Food Share

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

- 2021 Declaración de impuestos
- 2021 Declaración del empleado W2
- Compensación por desempleo
- SSDI
- Suplemento para proveedor de cuidado
- Declaración escrita del empleador.
- Declaración por escrito del dinero recibido al contado por cualquier trabajo
- Manutención recibida en el 2021 para cada niños en su hogar

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

Danielle Daringer
ddaringer@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

Revised: 7/2022 DD

SOLICITUD CONFIDENCIAL PRE-NATAL PARA INSCRIPCIÓN AÑO 2022-2023
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

☐ Caucásico ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico
☐ Asiático ☐ Otro:

Hispano?
☐ Si ☐ No

Lenguaje Primario: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Lenguaje de Signos Americano ☐ Otro:
Capacidad de hablar Inglés: ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ Nada

Historial de Trabajo:	¿Trabajaste en 2021? ☐ 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: ☐ 1er ☐ 2do ☐ 3er 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 ano termino en la escuela?
¿Recibió usted? ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ HSED/GED ☐ Ninguno

5. ESTADO MARITAL DE LOS PADRES DE NACIMIENTO

☐ Casados/Viviendo juntos ☐ Legalmente Casados/No Viviendo Juntos ☐ Divorciados
☐ Nunca Casados/Viviendo Juntos ☐ Nunca Casado/No Viviendo Juntos ☐ Viuda

6. ARREGLO DE VIVIENDA ACTUAL

☐ Rento ☐ Dueño ☐ Permanecer con familiares/amigos a largo plazo ☐ Hogar de Adopción ☐ Otro:

☐ Estoy sin hogar. Esto significa que usted se queda en un automóvil, parque, campamentos, hotel, refugio de emergencia, vivienda de transición, en la calle, o está viviendo con familiares/amigos a corto plazo.

Si no tiene hogar, marque cuál se aplica a usted: ☐ Motel/Hotel ☐ Refugio ☐ Misión/Iglesia ☐ Vivienda de transición ☐ Permanecer en la calle ☐ Familia/amigos a corto plazo

7. ¿TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN FAMILIAR?

☐ Leer
☐ Educación continua
☐ Salud mental
☐ Desempleado/No horas
☐ Preocupaciones legales
☐ Otro:
☐ ***Ninguno***

☐ Escribir
☐ Transporte
☐ Refugio/Falta de vivienda
☐ Uso de alcohol / drogas
☐ Uno o ambos padres han fallecido

☐ Un padre tiene/tuvo un IEP
☐ Un padre tiene una enfermedad crónica
☐ No hay suficiente comida en el hogar
☐ Uno de los padres está encarcelado
☐ Ambos padres están encarcelados

8. ¿COMO SUPO DE NUESTROS SERVICIOS?

☐ Guardería
☐ Early Head Start/Head Start
☐ Redes sociales/Internet
☐ Amigo/Familia
☐ ***Otro:***

☐ Birth - 3
☐ Job Center: Rock/Walworth Co
☐ Consejero
☐ Programa de Salud Comunitaria /WIC
☐ Departamento de Salud y Servicios Humanos

☐ Personal de la escuela
☐ Doctor
☐ Centro de recursos para niños de WI
☐ Proveedor de servicios de autismo
☐ Refugio/violencia doméstica

9. ¿ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (marque todo lo que corresponda)

☐ Cuidado de adopción/parentesco
☐ Seguro Social Suplementario (SSI)
☐ W2 / Asistencia en Efectivo
☐ Food Share
☐ Otro:
☐ ***Ninguno***

☐ Seguro de salud (estatal o privado)
☐ Suplemento de cuidador
☐ Beneficios para sobrevivientes
☐ Vivienda Pública/Sección 8
☐ Energy Assistance

☐ SSI – Seguro Social
☐ Asistencia para cuidado de niños
☐ WIC / Healthy Start
☐ Child Support por cualquier niño en el hogar

10. CONTACTOS ADICIONALES EN CASE DE QUE NO PUEDAMOS LLEGAR A USTED:

1. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

2. _____
Nombre Relación con el niño Teléfono

11. LISTA DE HERMANOS EN EL HOGAR

(Nombre) (Apellido) (Relación con el niño)

1. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

2. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

3. _____ ☐ Masculino ☐ Femenino FDN: _____

Continúe atrás de la solicitud si necesita más espacio.

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)

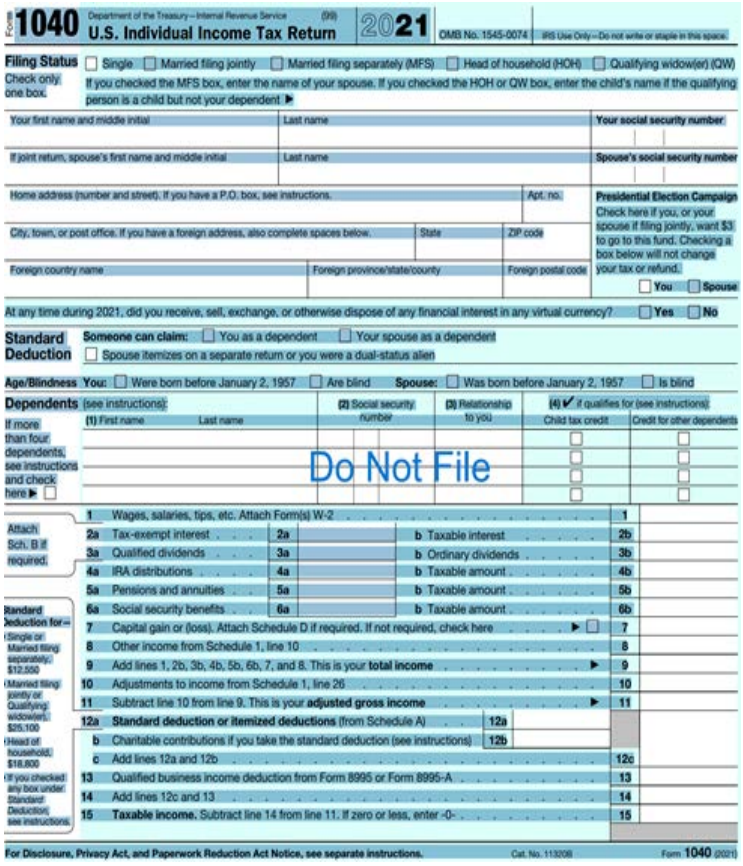
Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

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) **U.S. Individual Income Tax Return** 2021 OMB No. 1545-0074 IRS Use Only—Do not write or staple in this space.

Filing Status Check only one box. ☐ Single ☐ Married filing jointly ☐ Married filing separately (MFS) ☐ Head of household (HOH) ☐ Qualifying widow(er) (QW)

If you checked the MFS box, enter the name of your 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.

City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below. | State | ZIP code

Foreign country name | Foreign province/state/county | Foreign postal code

Presidential Election Campaign Check here if you, or your spouse if filing jointly, want $3 to go to this fund. Checking a box below will not change your tax or refund. ☐ You ☐ Spouse

At any time during 2021, did you receive, sell, exchange, or otherwise dispose of any financial interest in any virtual currency? ☐ Yes ☐ No

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, 1957 ☐ Are blind **Spouse:** ☐ Was born before January 2, 1957 ☐ Is blind

Dependents (see instructions): If more than four dependents, see instructions and check here ▶ ☐

(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
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Do Not File

Attach Sch. B if required.

1	Wages, salaries, tips, etc. Attach Form(s) W-2				1
2a	Tax-exempt interest	2a		b Taxable interest	2b
3a	Qualified dividends	3a		b Ordinary dividends	3b
4a	IRA distributions	4a		b Taxable amount	4b
5a	Pensions and annuities	5a		b Taxable amount	5b
6a	Social security benefits	6a		b Taxable amount	6b
7	Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here ▶ ☐				7
8	Other income from Schedule 1, line 10				8
9	Add lines 1, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your **total income** ▶				9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26				10
11	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income** ▶				11
12a	**Standard deduction or itemized deductions** (from Schedule A)		12a		
b	Charitable contributions if you take the standard deduction (see instructions)		12b		
c	Add lines 12a and 12b				12c
13	Qualified business income deduction from Form 8995 or Form 8995-A				13
14	Add lines 12c and 13				14
15	**Taxable income.** Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-				15

Standard Deduction for—: (Single or Married filing separately, $12,550; Married filing jointly or Qualifying widow(er), $25,100; Head of household, $18,800; If you checked any box under Standard Deduction, see instructions.)

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 11320B Form **1040** (2021)

FOR OFFICE USE			
INCOME POINTS	**TOTAL POINTS:**	**DATA ENTERED BY:**	**REVIEWED BY:**

Revised: 7/2022 DD