



Enclosed is the **Expectant Mom's** enrollment application. Please complete all sections of the application and bring along the required documentation listed below to our Administrative Offices located at:

Jersey City Residents:

103 Nelson Avenue-Admin Offices
Phone: 201-884-1050

Applications are accepted:

Monday through Thursday

9:30 a.m. – 11:30 a.m. and 1:30 p.m. – 3:30 p.m.

Required Original Documentation

1. The completed application.
2. Proof of age.
3. Proof of pregnancy.
4. Income verification for household:
 - Last year's Income Tax Return, Form 1040 with supporting W2's, 1099's, etc.
 - Two (2) current consecutive paystubs for bi-weekly or bi-monthly payroll; four (4) current consecutive paystubs for weekly payroll. Otherwise, a notarized letter on company letterhead from employer stating your salary and hours.
 - A printout of your weekly benefits if you are receiving Unemployment.
 - The Allotment letter if you are receiving SSI benefits.
 - Letter from the Board of Social Services with monthly benefit amount if you are receiving public assistance
 - Verification of any child support payments you may be receiving.
5. Divorce decree (if applicable).
6. Social Security card(s) for all members in the family.
7. Two proofs of residency that shows your current address.
 - A current electric/ gas.
 - A telephone or cable bill.
 - Original Lease or Deed (if applicable).
8. Medical Insurance Card.
9. Photo ID

Please call us at the telephone number shown above should you have any questions. Thank you!

Adjunto encontrara la aplicación para los programas de **Madres Embarazadas**. Por favor llene todas las secciones y traiga la aplicación con todos los documentos originales a nuestra Oficina Administrativa localizada en:

Residentes de Jersey City:

93 Nelson Avenue-Admin Offices
Teléfono: 201-884-1050

Aplicaciones son aceptadas:

Lunes a Jueves

9:30 a.m. hasta 11:30 a.m. y 1:30 p.m. hasta 3:30 p.m.

Documentación Original Requerida

1. Aplicación completamente llena.
2. Prueba de edad.
3. Prueba de embarazo.
4. Prueba de ingreso de la familia:
 - Copia de los Impuestos del año anterior (Income Tax Return, Formulario 1040, W2's, 1099's, etc.).
 - Dos (2) talonarios de pago consecutivo si le pagan quincenal o si cobra dos veces al mes;
Cuatro (4) talonarios de pago consecutivo si le pagan semanal. De otra manera carta notariada de verificación de empleo del patrón o negocio con el membrete comercial de la compañía.
 - Si usted está recibiendo beneficio por desempleo necesita la carta con la cantidad.
 - Si usted está recibiendo beneficio SSI necesita la carta con la cantidad.
 - Si usted está recibiendo beneficio de Servicios Sociales Indicando cuanto usted está recibiendo.
 - Verificación de manutención monetaria para niños (child support).
5. Decreto de Divorcio (Si es Aplicable).
6. Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros de la familia.
7. Dos Prueba de residencia, que muestre su dirección actual.
 - Una factura de gas/ servicio de electricidad.
 - Una factura de teléfono o cable.
 - Contrato de vivienda (lease) o Deed (si es aplicable).
8. Tarjeta de Seguro Médico.
9. Identificación con Foto.

Por favor llame al teléfono proporcionado arriba si usted tiene alguna pregunta.

Greater Bergen Community Action Expectant Mom Application

Expectant Mom

Name Last (Apellido)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Social Security #

Date of Birth

(Fecha de Nacimiento)

Month / Day / Year

Age

Gender

(# Seguro Social)

(Mes / Día / Año)

(Edad)

(Sexo)

Highest Level of Education:

Due Date

(Fecha de el Parto)

Month / Day / Year

Occupational Status (Trabajo)

Address (Domicilio)

Street Address (Número y Calle)

Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal)

Area Code & Home Phone

(Teléfono del Hogar /Código de área)

Race / Ethnicity

(Raza / Grupo Étnico)

Speaks fluent English?

(Habla inglés ?)

Native Language

(Lenguaje Natal)

Family country of origin

(País natal de la familia)

Spouse

Last (Apellido)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Social Security #

Date of Birth

(Fecha de Nacimiento)

Month / Day / Year

Age

Gender

(# Seguro Social)

(Mes / Día / Año)

(Edad)

(Sexo)

Highest Level of Education:

(Nivel mas alto de educación)

Occupational Status

(Trabajo)

Cell Phone incl. Area Code

(Celular /Código de área)

Race / Ethnicity

(Raza / Grupo Étnico)

Speaks fluent English?

(Habla inglés ?)

Native Language

(Lenguaje Natal)

Family country of origin

(País natal de la familia)

Children in household (Niños residiendo en el hogar)

Full Name

(Nombre Completo)

Social Security #

(# Seguro Social)

Date of Birth

(Fecha de Nacimiento)

Gender

(Sexo)

Age

(Edad)

Grade

(Grado)

School (Escuela)

* If you need to add additional people please do so on another blank sheet and attach to this form*

(*Sí necesita añadir mas personas por favor hágalo en una hoja separada y añada la hoja a este formulario*)

Greater Bergen Community Action Expectant Mom Application

Name Last (Apellido)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Types of services family receives (Tipo de services que la familia recibe).

☐

Supplemental security income/ SSI
(Ingreso suplementario de seguridad)

☐

Child Support or Alimony
(Pagos de manutención para niños y divorciantes)

☐

Unemployment insurance (Seguro de desempleo)

☐

Public assistance/ TANF (Asistencia pública/ bienestar)

☐

Food stamps (Cupones/ Estampillas de alimento)

☐

Foster care/Adoption subsidy
Subsidio para el cuidado de crianza o la adopción de niños

☐

Medical financial assistance/ Medicaid /Medicare
(Subsidio Médico)

☐

Public housing assistance
(Subsidio de vivienda pública)

☐

Home energy assistance
(Subsidio del programa de energia)

☐

WIC

Case # _____

Case # _____

Case # _____

☐

Private Medical Insurance/
(Seguro Médico Privado)

Insurance Name (Nombre del seguro Médico): _____

I.D. number (Numero de identificación): _____

Family Currently Has Means of Transportation (La Familia Actualmente dispone de Medio de Transporte):

☐

Private vehicle
(Vehículo Propio)

☐

Friend's or relative's vehicle
Vehículo de un amigo o

☐

Public transportation
Trasporte público

Housing Payment Arrangement (Forma de Pago de la Vivienda):

☐

Own
(Propia)

☐

Rent
(Rentada)

☐

Receive subsidized housing Recibe
subsidio de vivienda

☐

Exchange services for housing
Ofrece servicios a cambio de vivienda

☐

Make no payment for housing
No hacen pagos por la vivienda

I certify that all of the information contained in this application is true under the penalties as prescribed by the laws of the State of New Jersey and the United States Government. (Certifico que la información contenida en esta aplicación es correcta bajo las penalidades establecidas en las leyes del Estado de NJ y los Estados Unidos)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

AGENCY USE ONLY

I certify that the information given to me on this application has been reviewed and when possible supported by documentation.

Referral Source: _____

Staff Signature: _____

Print Staff name: _____

Date: ____/____/____