



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

**Paterson and Prospect Park Residents:**

**500 East 35 St.**  
Paterson, NJ 07504

**265 Totowa Ave.**  
Paterson, NJ 07502

**90 Martin St.**  
Paterson, NJ 07501

**Applications are accepted:**

Monday through Thursday  
9:30 a.m. – 11:30 a.m. and 1:30 p.m. – 3:30 p.m.  
Phone: (973) 546-2634

**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 (973) 546-2634 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 Paterson y Prospect Park**

**500 East 35 St.**  
Paterson, NJ 07504

**265 Totowa Ave.**  
Paterson, NJ 07502

**90 Martin St.**  
Paterson, NJ 07501

### **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.  
Phone: (973) 546-2634

### **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 (973) 546-2634 si usted tiene alguna pregunta. Gracias.

# Greater Bergen Community Action Expectant Mom Application

## Expectant Mom

**Name** Last (Apellido)  First (Primer)  Middle (Segundo)

**Social Security #**  (# Seguro Social) **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento)  /  /  (Mes / Día / Año) **Age**  (Edad) **Gender**  (Sexo)

**Highest Level of Education:**  **Due Date** (Fecha de el Parto)  /  /  **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 #**  (# Seguro Social) **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento)  /  /  (Mes / Día / Año) **Age**  (Edad) **Gender**  (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<br>(Nombre Completo) | Social Security #<br>(# Seguro Social) | Date of Birth<br>(Fecha de Nacimiento) | Gender<br>(Sexo) | Age<br>(Edad) | Grade<br>(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).

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Supplemental security income/ SSI</b><br>(Ingreso suplementario de seguridad)                  | <input type="checkbox"/> <b>Public housing assistance</b><br>(Subsidio de vivienda pública)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Child Support or Alimony</b><br>(Pagos de manutención para niños y divorciantes)               | <input type="checkbox"/> <b>Home energy assistance</b><br>(Subsidio del programa de energia) |
| <input type="checkbox"/> <b>Unemployment insurance</b> (Seguro de desempleo)   | <input type="checkbox"/> <b>WIC</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Public assistance/ TANF</b> (Asistencia pública/ bienestar)                                    | Case # _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Food stamps</b> (Cupones/ Estampillas de alimento)   | Case # _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Foster care/Adoption subsidy</b><br>Subsidio para el cuidado de crianza o la adopción de niños | Case # _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Medical financial assistance/ Medicaid /Medicare</b><br>(Subsidio Médico)                      | <input type="checkbox"/> <b>Private Medical Insurance/</b><br>(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):

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Private vehicle<br>(Vehículo Propio) | <input type="checkbox"/> Friend's or relative's vehicle<br>Vehículo de un amigo o | <input type="checkbox"/> Public transportation<br>Trasporte público |
|---|---|---|

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Own<br>(Propia)  | <input type="checkbox"/> Rent<br>(Rentada) | <input type="checkbox"/> Receive subsidized housing Recibe<br>subsidio de vivienda     |
| <input type="checkbox"/> Exchange services for housing<br>Ofrece servicios a cambio de vivienda |  | <input type="checkbox"/> Make no payment for housing<br>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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_