



MPTISD Child Development Center

1602 West Ferguson
Mt. Pleasant, TX 75455
903-575-2092

2020-2021 EXPECTANT MOTHER APPLICATION

Please bring the following items with you to your **scheduled** appointment:

- Proof of Income (2019 Tax Return, &/or W2, check stubs, SSI, Child Support, &/or TANF)
- 2 Proofs of Residency (Gas, Water, Electric, Cable or Satellite/DISH Bill, lease agreement)
- Driver's License or Identification
- Medicaid/CHIP/Private Insurance
- Food Stamp Letter/WIC letter
- **If applicable, provide documentation of:** Section 8 Housing Program Verification or College Schedule
- **COMPLETED** Registration Application

Your registration application must be filled out **completely** BEFORE you appear for your **scheduled** appointment or your appointment will be **rescheduled**.

**If you have questions concerning any documents requested please call
903-434-8545 BEFORE your scheduled appointment.**

Your appointment is scheduled on: _____, _____ 2020 at _____ AM/PM



MPISD CENTRO de DESARROLLO INFANTIL

1602 West Ferguson
Mt. Pleasant, TX 75455
903-575-2092

2020-2021 APLICACIÓN PARA EMBARAZADAS

Favor de traer los siguientes documentos el día de su cita:

- Comprobante de ingresos (informe de impuestos del 2019, y/o la forma W2, SSI, Manutención del menor, TANF y talones de cheques)
- 2 pruebas de residencia (recibos de gas, agua, luz, cable o satélite/DISH, contrato de Inquilino)
- Licencia de conducir o identificación
- Tarjeta de Medicaid, CHIP o tarjeta de seguro médico
- Carta de las estampillas de comida y la tarjeta/Carta del WIC
- Vivienda de la sección 8 (si tiene)
- Horario del colegio (si tiene)
- Aplicación de Inscripción **COMPLETA**

Su solicitud de inscripción debe ser llena por **completo** **ANTES** de presentarse a su **cita** o su cita será **reprogramada**.

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca de los documentos requeridos
Favor de llamar al 903-434-8580 **ANTES de su cita.**

Su cita esta programada el: _____, _____ 2020 a la(s) _____ AM/PM



MOUNT PLEASANT

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

2020-2021 EARLY HEAD START EXPECTANT MOTHER APPLICATION

Baby Due Date:	Today's Date:	Highest Grade Completed: ☐ Jr. High ☐ Freshman ☐ Sophomore ☐ Jr. ☐ Sr. ☐ High School Graduate ☐ GED (General Education Diploma)
Mother's Legal Name: (Last, First, Middle)	Date of Birth:	Social Security #:

Demographics

Race: (Choose and check one <i>or more</i>): ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ White ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Native Hawaiian/other Pacific Islander	Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic/Non-Latino	Gender: ☐ Male ☐ Female Status: ☐ Married ☐ Single
---	--	---

Current Living Arrangements

Living address:	City/ State/Zip:
Mailing address:	City/State/Zip:

Father's Information

Father's Name:		Date of Birth:		Social Security #:	
Address:		Phone:		Highest Grade Completed:	

Phone Numbers

My Best Number	Home Work Cell	
Emergency Contact	Home Work Cell	Relationship:
Emergency Contact	Home Work Cell	Relationship:
Email Address:		

Additional Children (if this is not your first child, please complete below)

Child's Name:		Date of Birth:		Social Security #:	
Child's Name:		Date of Birth:		Social Security #:	
Child's Name:		Date of Birth:		Social Security #:	



MOUNT PLEASANT

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

2020-2021 PROGRAMA DE EARLY HEAD START

APLICACION PARA LA FUTURA MAMÁ

Fecha en la que se espera al/la bebé:	Fecha de hoy::	Grado más alto terminado: ☐ Grado 8 ☐ Grado 9 ☐ Grado 10 ☐ Grado 11 ☐ Grado 12 ☐ Graduado de preparatoria ☐ Diploma de GED (Desarrollo Educativo General)
Nombre legal de la madre: (Apellido, Primer, Segundo)	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:

Información Demográfica

Raza: (Escoja y marque una o más de una raza): ☐ Asiático ☐ Africano Americano ☐ Blanco ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/otro ☐ Isleño del Pacífico	Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No-Hispano/No Latino	Gender: ☐ Masculino ☐ Femenino Status: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a)
---	---	--

Arreglos del Hogar Actual

Domicilio donde vive:	Ciudad/ Estado/Código Postal:
Domicilio para correspondencia:	Ciudad/ Estado/Código Postal:

Información del Padre

Nombre del Padre:		Fecha de nacimiento:		# de Seguro Social:	
Domicilio:		Telefono:		Grado mas alto terminado:	

Números de Teléfono

Mi mejor número:	Hogar Trabajo Celular	
Contacto en caso de emergencia:	Hogar Trabajo Celular	Parentesco:
Contacto en caso de emergencia:	Hogar Trabajo Celular	Parentesco:
Correo electrónico:		

Otros Niños (Si este no es su primer niño, favor de llenar enseguida)

Nombre del niño		Fecha de nacimiento:		# de Seguro Social	
Nombre del niño		Fecha de nacimiento:		# de Seguro Social	
Nombre del niño		Fecha de nacimiento:		# de Seguro Social	

Employment				
MOM TO BE: Employment: ☐ Full time ☐ FT & Training/School ☐ Part Time ☐ PT & Training/School ☐ Unemployed Place of Employment: _____ How long employed here? _____ Work #: _____		DAD TO BE (if applicable): Employment: ☐ Full time ☐ FT & Training/School ☐ Part Time ☐ PT & Training/School ☐ Unemployed Place of Employment: _____ How long employed here? _____ Work #: _____		
Assistance Received				
Please complete the following by answering: Are you (mom to be)...				
In Foster care/Adoption? ☐ Yes ☐ No	Receiving SSI? ☐ Yes ☐ No Amount: _____	Receiving TANF? ☐ Yes ☐ No EDG#: _____	Receiving Disability Services (IEP)? ☐ Yes ☐ No	
Receiving Food Stamps? ☐ Yes ☐ No If yes, EDG# _____ Monthly Amount _____		Receiving WIC? ☐ Yes ☐ No If yes, Case # _____		
Receiving Child Support? ☐ Yes ☐ No If yes, Weekly/Monthly Amount: _____		Receiving Section 8/Government Housing ☐ Yes ☐ No		
Health Coverage				
Please indicate which, if any of the following coverages you or the baby have, and provide the <u>corresponding insurance number</u> :				
Private Insurance Carrier	Medicaid	Dental Insurance Carrier	CHIPS	Other

Empleo				
FUTURA MAMÁ: Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Parcial ☐ Jubilado/Discapacitado ☐ Desempleado Lugar de empleo: _____ Cuanto tiempo tiene en este empleo: _____ Numero de tel. del trabajo: _____		FUTURO PAPÁ (si es aplicable): Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Parcial ☐ Jubilado/Discapacitado ☐ Desempleado Lugar de empleo: _____ Cuanto tiempo tiene en este empleo: _____ Numero de tel. del trabajo: _____		
Asistencia recibida				
Por favor complete la siguiente contestando: Es usted (la futura mamá)...				
Cuidado de crianza temporal /Adopción? ☐ Si ☐ No	Recibe SSI? ☐ Si ☐ No Cantidad: _____	Recibe TANF? ☐ Si ☐ No EDG#: _____	Recibe Servicios de Discapacidad (IEP)? ☐ Si ☐ No	
Recibe estampillas de alimentos? ☐ Si ☐ No EDG# _____ Cantidad mensual _____		Recibe WIC ? ☐ Si ☐ No # de Caso _____		
Recibe Manutención de menores? ☐ Si ☐ No Semanal o Cantidad mensual: _____		Recibe Ayuda de Vivienda Pública ☐ Si ☐ No		
Cobertura de la Salud				
Por favor indique cual, si usted o el bebé tiene alguna de las coberturas de las siguientes y favor de proporcionar <u>el número correspondiente del seguro médico:</u>				
Seguro Médico Privado	Medicaid	Seguro Dental	CHIPS	Otro

Expectant Mom			
Due Date:		Number of Weeks Pregnant:	
Date of First Prenatal Visit:			
Date of next scheduled appointment:			
Medical Concerns related to pregnancy:			
Doctor's Name:			
Doctor's Address:			
Doctor's Phone #:			
Hospital:			
Hospital Address:			
Hospital Phone #:			
Dentist Name:			
Dentist Address:			
Dentist Phone #:			
Consent and Authorization			
<i>I authorize the Child Development Center to receive and transmit income verification information as it relates to the Head Start income guidelines.</i> <i>I certify that the information provided in this application is accurate and truthful to the best of my knowledge.</i>			
Applicant Signature:		Date:	

Futura Mamá			
La fecha que espera dar a luz:		Número de semanas de embarazo:	
La fecha de su primera cita al médico por el embarazo:			
La fecha de la próxima cita médica programada:			
Preocupaciones médicas relacionadas con el embarazo:			
Nombre del Médico:			
Domicilio de Medico:			
Teléfono de Medico:			
Nombre del Hospital:			
Domicilio de Hospital:			
Teléfono de Hospital:			
Nombre del Dentista:			
Domicilio de dentista:			
Teléfono de dentista:			
Consentimiento y Autorización			
<i>Yo autorizo al Centro de Desarrollo Infantil a recibir y transmitir verificación de la información de los ingresos, la cual se relacione con las normas de ingresos del programa de Head Start/Pre-Kínder.</i> <i>Yo certifico que la información, Incluyendo la información provista de los ingresos en esta aplicación, es lo más precisa y verídica de acuerdo a mi conocimiento</i>			
Firma de Padre/Tutor:		Fecha:	