



# MPISD Child Development Center

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

## 2021-2022 Expectant Mother Application

### Step 1:

Complete all sections of this application and gather all of the following applicable documents:

- Proof of Income (2020 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

### Step 2:

Once your packet is complete, call (903)575-2092 to get an Assigned Family Service Specialist

### Step 3:

Work with your Family Service Specialist to submit your application, required documents, and complete phone interviews to make sure your child gets on our list 😊



# MPISD Centro de Desarrollo Infantil

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

## 2021-2022 Aplicación para Embarazadas

### Paso # 1:

Llene todas las secciones de esta solicitud y recopile todos los documentos siguientes que apliquen:

- Comprobante de ingresos (informe de impuestos del 2020, 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)

### Paso # 2:

Una vez que su paquete esté completo, llame al (903)575-2092 para que se le asigne una Especialista de Servicios Familiares

### Paso # 3:

Trabaje con su Especialista de Servicios Familiares teniendo las entrevistas telefónicas, enviando esta solicitud y los documentos requeridos para asegurarse de que su niño sea puesto en nuestra lista 😊

# MPISD EXPECTANT MOTHER APPLICATION

<b>Due Date</b>		<b>Today's Date</b>	
<b>#1 Expectant Mom</b>		<b>#2 Parent/Legal Guardian</b>	
<b>Expectant Mom's Full Name:</b>		<b>Full Name:</b>	
<b>Date of Birth:</b>		<b>Date of Birth:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<b>Social Security #:</b>		<b>Social Security #:</b>	
<b>Child Will Live With: (check one)</b> <input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Joint Custody <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Relationship to child:</b> <input type="checkbox"/> Biological/Adoptive/ Step Parent <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>Contact Information</b>			
<b>Parent #1 Living address: City/ State/Zip:</b>		<b>Parent #2 Living address: City/ State/Zip:</b>	
Phone Number: Home/Work/Cell		Phone Number: Home/Work/Cell	
Phone Number: Home/Work/Cell		Phone Number: Home/Work/Cell	
<b>Demographics</b>			
<b>Parent #1 Race</b> *Choose and check one or more: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Biracial/Multi racial <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White		<b>Parent # 2 Race</b> *Choose and check one or more: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Biracial/Multi racial <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White	
<b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino		<b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino	
<b>Education</b>			
<b>Parent #1 Highest Education Achieved:</b> <input type="checkbox"/> Associates Degree <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> Master's Degree <input type="checkbox"/> Some College/Certificate/ Advanced Training  <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> GED (General Education Diploma) Less than HS Grad: 10 11 12 (circle one) <input type="checkbox"/> Grade 9 or Less Current Grade: _____ School Campus: _____		<b>Parent #2 Highest Education Achieved:</b> <input type="checkbox"/> Associates Degree <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> Master's Degree <input type="checkbox"/> Some College/Certificate/ Advanced Training  <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> GED (General Education Diploma) Less than HS Grad: 10 11 12 (circle one) <input type="checkbox"/> Grade 9 or Less Current Grade: _____ School Campus: _____	
<b>Employment</b>			
<b>Parent #1 Employment:</b> <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Seasonally Employed <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> FT & Training/School <input type="checkbox"/> PT & Training/School <input type="checkbox"/> FT School  <b>Schedule:</b> <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____		<b>Parent #2 Employment:</b> <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Seasonally Employed <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> FT & Training/School <input type="checkbox"/> PT & Training/School <input type="checkbox"/> FT School  <b>Schedule:</b> <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____	

## MPISD SOLICITUD PARA LA FUTURA MAMA

Fecha en que se espera al/la bebé	Fecha de hoy:
<b>#1 Futura Mamá</b>	<b>#2 Futuro Papá/Tutor Legal</b>
Nombre Completo de la Futura mamá:	Nombre Completo:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de seguro social #:	Número de seguro social #:
<b>El niño(a) vivirá con: (marque uno)</b>  <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Custodia Mutua <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Relación del niño:</b>  <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/ Padrastro o Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Información de Contactos</b>	
Padre#1 Domicilio donde vive: Ciudad/ Estado/Código Postal:	Padre#2 Domicilio donde vive: Ciudad/ Estado/Código Postal:
Números de teléfono: Hogar/Trabajo/Celular	Números de teléfono: Hogar/Trabajo/Celular
Números de teléfono: Hogar/Trabajo/Celular	Números de teléfono: Hogar/Trabajo/Celular
<b>Información Demográfica</b>	
<b>Padre#1 Raza</b> *Escoja y marque una o más de una: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Padre#2 Raza</b> *Escoja y marque una o más de una: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino
<b>Educación</b>	
<b>Padre #1 Educación más alta lograda:</b> <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Algunos créditos de Colegio/Certificado/Entrenamiento Avanzado  <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED (Desarrollo Educativo General) Grado menor del Diploma de la Preparatoria: 10 11 12 (circule el grado) <input type="checkbox"/> Grado 9 o menor Grado Actual: _____ Nombre de la Escuela: _____	<b>Padre #2 Educación más alta lograda:</b> <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Algunos créditos de Colegio/Certificado/Entrenamiento Avanzado  <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED (Desarrollo Educativo General) Grado menor del Diploma de la Preparatoria: 10 11 12 (circule el grado) <input type="checkbox"/> Grado 9 o menor Grado Actual: _____ Nombre de la Escuela: _____
<b>Empleo</b>	
<b>Padre #1 Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Empleado Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en la Escuela  <b>Horario de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Los Dos Lugar del empleo: _____ Ocupación: _____ Fecha que comenzó en el empleo: _____ Número de teléfono de empleo: _____ Notas:	<b>Padre #2 Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Empleado Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en la Escuela  <b>Horario de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Los Dos Lugar del empleo: _____ Ocupación: _____ Fecha que comenzó en el empleo: _____ Número de teléfono de empleo: _____ Notas:

Household Members					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/Female	Relationship to Pregnant Mom
Adults in Household:					
Pregnant Mom/Applicant					
Children in Household					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/Female	Relationship to Pregnant Mom
Other Assistance Received					
Receiving WIC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No WIC #: _____	Receiving SSI <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$: _____	Receiving TANF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No EDG #: _____	Receiving Child Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly/weekly amount \$ _____		
Receiving Food Stamps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	EDG# _____	Monthly Amount _____			
Receiving Foster care/Adoption subsidy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly amount \$ _____	Receiving Unemployment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly amount \$ _____	Receiving Section 8/Government Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Health Insurance:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> CHIPS # _____ <input type="checkbox"/> Private/Other _____ # _____					
<b>Dental Insurance:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> CHIPS # _____ <input type="checkbox"/> Private/Other _____ # _____					
Expectant Mom Health Information					
Due Date: _____ Number of Weeks Pregnant: _____			Dentist's Name: _____ Address: _____ Phone #: _____		
Doctor's Name: _____ Address: _____ Phone #: _____			Last Dental Appointment: _____		
First Prenatal Visit: _____ Last Appointment: _____ Next Appointment: _____			Hospital: <input type="checkbox"/> Titus Regional Medical Center, 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX 903-577-6000 Other: _____ Address: _____ Phone #: _____		
Medical Concerns Related to Pregnancy: Y/N Explain: _____					
I authorize the Child Development Center to receive and submit income verification information as it relates to the Early Head Start income guidelines. I certify that the information, including income, provided in this application is accurate and truthful to the best of my knowledge.					
Signature of Parent: _____ Date: _____					

Miembros de la Familia					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco con la Futura Mamá
<b>Adultos en la familia:</b>					
Futura Mama/Solicitante					
<b>Niños en la Familia</b>					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco con la Futura Mamá e
<b>Ayuda Recibida por Cualquier otro Miembro de la Familia</b>					
Recibe WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # de WIC: _____	Recibe SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$: _____	Recibe TANF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # de EDG: _____	Recibe Manutención de menores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensual/Semanal cantidad \$ _____		
Recibe estampillas de alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   # de EDG: _____   Cantidad Mensual _____					
Recibe cuidado de crianza temporal/Subsidio de Adopción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   Cantidad Mensual \$: _____		Recibe Desempleo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   Cantidad Mensual \$: _____		Recibe Ayuda de Vivienda Pública/Vivienda de la Sección 8 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Seguro Médico:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid # _____		<input type="checkbox"/> CHIPS # _____		<input type="checkbox"/> Privado/Otro _____ # _____	
<b>Seguro Dental:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid # _____		<input type="checkbox"/> CHIPS # _____		<input type="checkbox"/> Privado/Otro _____ # _____	
<b>Información de Salud de la Futura Mamá</b>					
La fecha que espera a dar a luz: _____ Número de semanas de embarazo: _____			<b>Nombre del dentista:</b> _____ Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____		
<b>Nombre del Médico:</b> _____ Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____			Ultima cita Dental: _____		
Fecha de su primera cita al médico por el embarazo: _____ Fecha de su última cita médica: _____ Fecha de su próxima cita médica: _____			<b>Hospital:</b> <input type="checkbox"/> Titus Regional Medical Center, 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX 903-577-6000 Otro: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____		
Preocupaciones médicas relacionadas con el embarazo: Si/No Explique: _____					
<b>Autorizo al Centro de Desarrollo Infantil a recibir y enviar información de verificación de ingresos en relación con las pautas de ingresos de Early Head Start.            Certifico que la información, incluidos los ingresos, proporcionada en esta solicitud es exacta y veraz a mi leal saber y entender.</b>					
<b>Firma del padre:</b> _____				<b>Fecha:</b> _____	