



# MPISD Child Development Center

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

## 2024-2025

# Expectant Mother Application

## Step 1:

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

- Proof of Income (2023 Tax Return, &/or W2, check stubs, SSI, Child Support, &/or TANF)
- 2 Proofs of Residency (Gas, Water, Electric, Cable/Satellite/Internet Bill, lease agreement)
- Driver's License or Identification
- Medicaid Letter/CHIP/Private Insurance
- SNAP Letter/WIC letter
- **If applicable, provide documentation of:** Housing Assistance 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 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

## 2024-2025

# 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 2023, 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 o internet, contrato de Inquilino)
- Licencia de conducir o identificación
- Tarjeta de Medicaid, CHIP o tarjeta de seguro médico
- Carta de beneficios de SNAP/Carta del WIC
- Ayuda de Vivienda (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, enviando esta solicitud y los documentos requeridos para asegurarse de que su niño sea puesto en nuestra lista 😊

**MPISD EARLY HEAD START / HEAD START ENROLLMENT APPLICATION 2024-2025**

**Child's Legal Name:** (First, Middle Last)

Date of Birth: Child's Age on Sept.1 Social Security #:

**Demographics**

**Race** \*Choose and check one or more:  
Asian  Biracial/Multi racial  
Black or African American  American Indian or Alaska Native  
Native Hawaiian/other Pacific Islander  White  
**Ethnicity:**  
Hispanic Non-Hispanic/Non-Latino  
**Gender:**  
Male Female

**Address**

**Living address:** City/ State/Zip:

**Mailing address:**  same as living City/State/Zip:

**Parent/Guardian's Phone Numbers Only**

Phone Numbers	Name & Relationship
Home Work Cell ( )	
Home Work Cell ( )	
Text Message Cell ( )	
Email address:	

**Family Information**

**Child lives with: (check one)**  
Both Parents Mother Father Foster Care  Legal Guardian Joint Custody Other:

**Foster Care:**  Yes  No Caseworker: Phone:

**Is the student a dependent of:** 1) an active duty uniformed member of the Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard, 2) activated/mobilized uniformed member of the Texas National Guard (Arm, Air Guard, or State Guard), or 3) activated/mobilized members of the Reserve components of the Army, Navy, Marine Corps, Air Force, or Coast Guard; who are currently on active duty or who were injured or killed while serving on active duty?  Yes  No

**#1 Parent/Legal Guardian**

**#2 Parent/Legal Guardian**

**Relationship to child:**  Biological/Adoptive/ Step  Grandparent  
 Legal guardian  Foster Parent  Other Relative

**Full Name:**

**Date of Birth:** Male/Female

**Social Security #:**

**Education:**  Associates Degree  Bachelor's Degree  
 Master's Degree  Some College/Certificate/ Advanced Training  
High School Graduate  GED (General Education Diploma)  
Less than HS Grad: 10 11 12 (circle one)  Grade 9 or Less

**Employment:**  Full time  FT & Training/School  FT School  
 Part Time  PT & Training/School  
 Retired/Disabled Unemployed  Seasonally Employed  
**Schedule:**  Day  Evening  Both

Place of Employment: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Start date of employment: \_\_\_\_\_

Work Phone #: \_\_\_\_\_

**Notes:**

## SOLICITUD DE MATRICULA DEL 2023-2024 DE MPISD EARLY HEAD START / HEAD START

Nombre del Niño: ( Primer, Segundo Apellido)		
Fecha de nacimiento:	Edad del Niño para el Primero de Septiembre:	# del Seguro Social:
<b>Información Demográfica</b>		
<b>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 Hawai /otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino
<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>Domicilio(s)</b>		
Domicilio donde vive:	Ciudad/Estado/Código Postal:	
Domicilio para correspondencia: <input type="checkbox"/> Es la misma dirección	Ciudad/Estado/Código Postal:	
<b>Números de Teléfono de los padres/tutores solamente</b>		
Números de teléfono		Nombre y / Parentesco
Hogar Trabajo Celular	(    )	
Hogar Trabajo Celular	(    )	
Celular para mensajes de texto	(    )	
Correo electrónico		
<b>Información de la Familia</b>		
Niño vive con: (marque uno) <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:		
Cuidado de Crianza Temporal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajador(a) Social	Teléfono:
<b>¿Es el estudiante dependiente de:</b> 1) un miembro uniformado en servicio activo del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera, 2) un miembro uniformado activado / movillizado de la Guardia Nacional de Texas (Brazo, Guardia Aérea o Guardia Estatal), o 3) miembros activados / movillizados de los componentes de Reserva del Ejército, la Armada, la Marina, el Cuerpo de Marines, la Fuerza Aérea, o Guardia Costera; que están actualmente en servicio activo o que resultaron heridos o muertos mientras servían en servicio activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Padre de Familia #1/Tutor Legal</b>		<b>Padre de Familia #2/Tutor Legal</b>
<b>Parentesco con el niño:</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrazo o Madrastra <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Encargado		<b>Parentesco con el niño:</b> <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrazo o Madrastra <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Encargado
<b>Nombre Completo:</b>		<b>Nombre Completo:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b> Masculino/Femenino		<b>Fecha de Nacimiento:</b> Masculino/Femenino
<b>Número de Seguro Social:</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>
<b>Educación:</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) <input type="checkbox"/> Grado menor del Diploma de la Preparatoria (circule el grado): 10 11 12 <input type="checkbox"/> Grado 9 o menor		<b>Educación:</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) <input type="checkbox"/> Grado menor del Diploma de la Preparatoria (circule el grado): 10 11 12 <input type="checkbox"/> Grado 9 o menor
<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en la escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleo temporal <b>Horario:</b> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Los Dos Lugar del empleo: _____ Ocupación: _____ Fecha que comenzó en el empleo _____ Numero de tel. del empleo: _____		<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo en la escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleo temporal <b>Horario:</b> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Los Dos Lugar del empleo: _____ Ocupación: _____ Fecha que comenzó en el empleo _____ Numero de tel. del empleo: _____
<b>Notas:</b>		<b>Notas:</b>

Household Members					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
<b>ADULTS IN HOUSEHOLD:</b>					
<b>CHILDREN IN HOUSEHOLD:</b>					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
					APPLICANT
<b>Other Assistance Received by Any Household Member</b>					
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 SNAP <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 Housing Assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Agency: _____
<b>Disability Status</b>					
Does your child have a diagnosed disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, please provide documentation: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Assessment <input type="checkbox"/> other: _____					
Is your child currently receiving services for an identified/suspected delay? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, from: <input type="checkbox"/> ECI <input type="checkbox"/> TCSSA <input type="checkbox"/> Home Health <input type="checkbox"/> other: _____					
Do you suspect a disability/concern about your child's development? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, please explain: _____					
Do you have developmental concerns about <b>other children</b> in your family who are not enrolling in the EHS/HS program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, Child's name: _____			Date of Birth: _____		
Concern: _____					
<p><i>I authorize the Child Development Center to receive and submit income verification information as it relates to the Head Start/PK income guidelines. I certify that the information, including income, provided in this application is accurate and truthful to the best of my knowledge.</i></p>					
Signature of Parent/Guardian: _____				Date: _____	

Miembros de la Familia					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
<b>ADULTOS EN EL HOGAR:</b>					
<b>NIÑOS EN LA FAMILIA:</b>					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
					SOLICITANTE
<b>AYUDA RECIBIDA POR CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA</b>					
Recibe WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 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 SNAP <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 \$ _____	Recibiendo Ayuda de Vivienda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Agencia _____		
<b>Estado de Discapacidad</b>					
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí, proporcione documentación: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> evaluación <input type="checkbox"/> otro: _____					
¿Su hijo está recibiendo servicios actualmente por un retraso identificado/retraso sospechado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí de parte de: <input type="checkbox"/> ECI <input type="checkbox"/> TCSSA <input type="checkbox"/> Servicios de Salud a domicilio <input type="checkbox"/> otro: _____					
¿Usted tiene sospecha de una discapacidad/preocupación por el desarrollo de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí favor de explicar: _____					
¿Usted tiene preocupaciones acerca del desarrollo de <b>otros niños</b> de su familia que <b>NO</b> se están inscribiendo en el programa EHS/HS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí: Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____					
Preocupación: _____					
<i>Yo autorizo al Centro de Desarrollo Infantil a recibir y transmitir verificación de la información de ingresos la cual se relacione a las normas de ingresos del programa de Head Start / Pre-Kínder. Incluyendo los ingresos, yo declaro que la información que ha sido proveída en esta aplicación es precisa y verídica.</i>					
Firma de Padre/Tutor: _____				Fecha: _____	



# Mount Pleasant Independent School District

2230 North Edwards Mount Pleasant, Texas 75455(903) 575-2000

## Student Housing Questionnaire

Name of Student: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Name of Campus: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Birthday: \_\_\_\_\_ Local ID: \_\_\_\_\_

Address of Current Residence: \_\_\_\_\_

Phone Number or Contact Number: \_\_\_\_\_ Name of Contact: \_\_\_\_\_

**The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435.**

1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental? \_\_\_Yes \_\_\_No
2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship? \_\_\_Yes \_\_\_No
3. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian? \_\_\_Yes \_\_\_No

If you answered **"YES"** to ANY of the above questions, please complete the remainder of this form.

If you answered **"NO"** to ALL of the above questions, you may stop here.

Where is this student currently living? (Check box)

- Student lives temporarily double-up (sharing residence with family or individual) at any time during the school year. (2)
- Student is unsheltered (i.e, lives on the street, lives in cars, parks, campgrounds, temporary trailers [including FEMA trailers], or abandoned buildings) at any time during current school year. (3)

Name of "GENERAL AREA" of Current Residence: \_\_\_\_\_

- Student lives in a motel or hotel at any time during current school year. (4)

Name of Motel / Shelter of Current Residence: \_\_\_\_\_

- Student lives in a shelter, transitional housing at any time during current school year. (5)

Print Name of Parent(s)/Legal

Guardians(s): \_\_\_\_\_

(Or unaccompanied youth)

Signature of Parent/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Or unaccompanied youth)

**School Staff:** Forward questionnaire to Homeless Support Staff; MPISD Administration Building; 2230 North Edwards, Mount Pleasant, TX 75455

(INITIAL)

\_\_\_\_\_ Ensure all items are complete, a contact number is listed and a Parent has signed the form. (There could possibly be a student signature in case of displaced youth.)

\_\_\_\_\_ Ensure only one box is checked that identifies where the student is living.

\_\_\_\_\_ Verify the application information and student's enrollment through a direct phone call.

\_\_\_\_\_ Document the date \_\_\_\_\_, time \_\_\_\_\_, and person contacted \_\_\_\_\_ from the phone call

Comments: \_\_\_\_\_

Signature of Person Receiving and Verifying Questionnaires: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provision of the McKinney-Vento Act.

\_\_\_\_\_  
Homeless Education Liaison Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant

2230 North Edwards Mount Pleasant, Texas 75455 (903) 575-2000

## Cuestionario de Alojamiento Estudiantil

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Local: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia actual: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono o Número de Contacto: \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

**Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que el estudiante pueda recibir bajo la Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.**

1. ¿Es temporal la dirección o lugar de residencia del estudiante, que no sea rentada? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
2. ¿Su domicilio temporal se debe a la pérdida de su casa o dificultades económicas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
3. ¿Cómo estudiante, estás viviendo con otra persona que no es tu padre o guardián legal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si contestó "SI" a **CUALQUIERA** de las preguntas anteriores, complete el resto del formulario.

Si contestó **TODAS** las preguntas anteriores con "NO", puede detenerse aquí.

¿Dónde está viviendo el estudiante en estos momentos? (Marque la caja correspondiente)

El estudiante vive temporalmente compartiendo (con más de una familia una casa o apartamento) en cualquier momento durante el año escolar. (2)

El estudiante vive en un lugar que no está diseñado como vivienda (como un carro, el parque o área de campamento) en cualquier momento durante el año escolar actual. (3)

Nombre del "AREA GENERAL" de residencia actual: \_\_\_\_\_

El estudiante vive en un motel en cualquier momento durante el año escolar actual. (4)

Nombre del motel / albergue de residencia actual: \_\_\_\_\_

El estudiante vive en un refugio, hospedaje temporal (a través de agencia comunitaria) en cualquier momento durante el año escolar actual. (5)

Nombre del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): \_\_\_\_\_  
(o joven sin compañía)

Firma del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): \_\_\_\_\_  
(o joven sin compañía)

**Personal Escolar de Verificación:** Envíe el cuestionario al Personal de Soporte a Personas sin Hogar; MPISD Edificio de Administración; 2230 North Edwards, Mount Pleasant, TX 75455  
(Anote sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Me aseguré de que todos los elementos estén completos, un teléfono de contacto aparece en la lista y que el padre haya firmado el formulario. (Podría ser posiblemente una firma del estudiante en el caso de los jóvenes refugiados.)

\_\_\_\_\_ Me aseguré de que solo una casilla esté marcada que identifica donde el estudiante está viviendo.

\_\_\_\_\_ Verifiqué la información de la solicitud y la matrícula del estudiante a través de una llamada telefónica directa.

\_\_\_\_\_ Documenté la fecha: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_, y persona contactada \_\_\_\_\_ de la llamada telefónica.

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma de la persona recibiendo y verificando los cuestionarios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que el estudiante nombrado califica para el Programa de Nutrición de Niños bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Educación para Personas sin Hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha