



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 (2022 Tax Return, &/or W2, check stubs, SSI, Child Support, &/or TANF)
- 2 Proofs of Residency (Gas, Water, Electric, Cable or Satellite Bill, lease agreement)
- Driver's License or Identification
- Medicaid/CHIP/Private Insurance
- Food Stamp 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 2022, 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, 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
- 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 EHS: EXPECTANT MOTHER APPLICATION

Due Date	Today's Date
#1 Expectant Mom	#2 Parent/Legal Guardian
Expectant Mom's Full Name:	Full Name:
Date of Birth:	Date of Birth: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Social Security #:	Social Security #:
Child Will Live With: (check one) <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: _____	Relationship to child: <input type="checkbox"/> Biological/Adoptive/ Step Parent <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other _____
Contact Information	
Parent #1 Living address: City/ State/Zip:	Parent #2 Living address: City/ State/Zip:
Phone Number: Home/Work/Cell	Phone Number: Home/Work/Cell
Phone Number: Home/Work/Cell	Phone Number: Home/Work/Cell
Demographics	
Parent #1 Race *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	Parent # 2 Race *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
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino
Education	
Parent #1 Highest Education Achieved: <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: _____	Parent #2 Highest Education Achieved: <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: _____
Employment	
Parent #1 Employment: <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 Schedule: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____	Parent #2 Employment: <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 Schedule: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____

MPISD EHS: SOLICITUD PARA LA FUTURA MAMA

Fecha en que se espera al/la bebé	Fecha de hoy:
#1 Futura Mamá	#2 Futuro Papá/Tutor Legal
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 #:
El niño(a) vivirá 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: _____	Relación del niño: <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/ Padrastro o Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otro: _____
Información de Contactos	
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
Información Demográfica	
Padre#1 Raza *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	Padre#2 Raza *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
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino
Educación	
Padre #1 Educación más alta lograda: <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: _____	Padre #2 Educación más alta lograda: <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: _____
Empleo	
Padre #1 Empleo: <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 Horario de Empleo: <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:	Padre #2 Empleo: <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 Horario de Empleo: <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			
Health Insurance: <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> CHIPS # _____ <input type="checkbox"/> Private/Other _____ # _____					
Dental Insurance: <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
Adultos en la familia:					
Futura Mama/Solicitante					
Niños en la Familia					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco con la Futura Mamá e
Ayuda Recibida por Cualquier otro Miembro de la Familia					
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	
Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Medicaid # _____		<input type="checkbox"/> CHIPS # _____		<input type="checkbox"/> Privado/Otro _____ # _____	
Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Medicaid # _____		<input type="checkbox"/> CHIPS # _____		<input type="checkbox"/> Privado/Otro _____ # _____	
Información de Salud de la Futura Mamá					
La fecha que espera a dar a luz: _____ Número de semanas de embarazo: _____			Nombre del dentista: _____ Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____		
Nombre del Médico: _____ 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: _____			Hospital: <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: _____					
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.					
Firma del padre: _____				Fecha: _____	



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 del 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

(Anoté 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