



MPISD Child Development Center

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

2025-2026

Expectant Mother Application

Step 1:

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

- Proof of Income (2024 Tax Return, W2, check stubs)
- 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, TANF Letter, SSI
- **If applicable, provide documentation of:** Housing Assistance Verification or College Schedule

Step 2:

Once your packet is complete, call (903)575-2092 to schedule an interview appointment

Step 3:

Bring completed application and required documents to your interview appointment to make sure your child gets on our list 😊



MPISD Centro de Desarrollo Infantil

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

2025-2026

Aplicación para Embarazadas

Paso # 1:

Llene todas las secciones de esta solicitud y reúna todos los documentos que apliquen a usted:

- Comprobante de ingresos (informe de impuestos del 2024, y/o la forma W2, 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, SSI, TANF
- 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 hacer una cita de entrevista.

Paso # 3:

Traiga la solicitud completa y los documentos necesarios a su cita de entrevista para asegurarse de que su hijo esté en nuestra lista. 😊

MPISD Early Head Start/Head Start Enrollment Application 2025-2026

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: ☐ Male ☐ Female
Social Security #:	Social Security #:
Child Will Live With: (check one) ☐ Both Parents ☐ Mother ☐ Father ☐ Foster Care ☐ Legal Guardian ☐ Joint Custody ☐ Other: _____	Relationship to child: ☐ Biological/Adoptive/ Step Parent ☐ Legal guardian ☐ Foster Parent ☐ 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: ☐ Asian ☐ Biracial/Multi racial ☐ Black or African American ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ White	Parent #2 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	Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic/Non-Latino
Education	
Parent #1 Highest Education Achieved: ☐ 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 Current Grade: _____ School Campus: _____	Parent #2 Highest Education Achieved: ☐ 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 Current Grade: _____ School Campus: _____
Employment	
Parent #1 Employment: ☐ Full time ☐ Part Time ☐ Seasonally Employed ☐ Retired/Disabled ☐ Unemployed ☐ FT & Training/School ☐ PT & Training/School ☐ FT School Schedule: ☐ Day ☐ Evening ☐ Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____	Parent #2 Employment: ☐ Full time ☐ Part Time ☐ Seasonally Employed ☐ Retired/Disabled ☐ Unemployed ☐ FT & Training/School ☐ PT & Training/School ☐ FT School Schedule: ☐ Day ☐ Evening ☐ Both Place of Employment: _____ Occupation: _____ Start date of employment: _____ Work Phone #: _____ Notes: _____

MPISD SOLICITUD PARA LA FUTURA MAMA 2025-2026	
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: ☐ Masculino ☐ Femenino
Número de seguro social #:	Número de seguro social #:
El niño(a) vivirá con: (marque uno) ☐ Madre y Padre ☐ Madre ☐ Padre ☐ Cuidado de Crianza Temporal ☐ Tutor Legal ☐ Custodia Mutua ☐ Otro: _____	Relación del niño: ☐ Biológico/Adoptivo/ Padrastro o Madrastra ☐ Tutor Legal ☐ Cuidado de Crianza Temporal ☐ 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: ☐ Asiático ☐ Biracial/Multirracial ☐ Africano Americano ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco	Padre#2 Raza *Escoja y marque una o más de una: ☐ Asiático ☐ Biracial/Multirracial ☐ Africano Americano ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco
Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No-Hispano/No-Latino	Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No-Hispano/No-Latino
Educación	
Padre #1 Educación más alta lograda: ☐ Título Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Algunos créditos de Colegio/Certificado/Entrenamiento Avanzado ☐ Diploma de Preparatoria ☐ GED (Desarrollo Educativo General) Grado menor del Diploma de la Preparatoria: 10 11 12 (circule el grado) ☐ Grado 9 o menor Grado Actual: _____ Nombre de la Escuela: _____	Padre #2 Educación más alta lograda: ☐ Título Asociado ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Algunos créditos de Colegio/Certificado/Entrenamiento Avanzado ☐ Diploma de Preparatoria ☐ GED (Desarrollo Educativo General) Grado menor del Diploma de la Preparatoria: 10 11 12 (circule el grado) ☐ Grado 9 o menor Grado Actual: _____ Nombre de la Escuela: _____
Empleo	
Padre #1 Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Empleado Temporal ☐ Jubilado/Discapacitado ☐ Desempleado ☐ Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Completo en la Escuela Horario de Empleo: ☐ Dia ☐ Noche ☐ Los Dos Lugar del empleo: _____ Ocupación: _____ Fecha que comenzó en el empleo: _____ Número de teléfono de empleo: _____ Notas:	Padre #2 Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Empleado Temporal ☐ Jubilado/Discapacitado ☐ Desempleado ☐ Tiempo Completo en Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Parcial en Entrenamiento/Escuela ☐ Tiempo Completo en la Escuela Horario de Empleo: ☐ Dia ☐ Noche ☐ 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 ☐ Yes ☐ No WIC #: _____		Receiving SSI ☐ Yes ☐ No		Receiving TANF ☐ Yes ☐ No EDG #: _____	
Receiving Food Stamps ☐ Yes ☐ No		EDG# _____		Monthly Amount _____	
Receiving Foster care/Adoption subsidy ☐ Yes ☐ No Monthly amount \$ _____		Receiving Unemployment ☐ Yes ☐ No Monthly amount \$ _____		Receiving Section 8/Government Housing ☐ Yes ☐ No	
Health Insurance: ☐ Medicaid # _____		☐ CHIPS # _____		☐ Private/Other _____ # _____	
Dental Insurance: ☐ Medicaid # _____		☐ CHIPS # _____		☐ Private/Other _____ # _____	
Expectant Mom Health Information					
Due Date: _____ Number of Weeks Pregnant: _____ Doctor's Name: _____ Address: _____ Phone #: _____ First Prenatal Visit: _____ Last Appointment: _____ Next Appointment: _____ Medical Concerns Related to Pregnancy: Y/N Explain: _____ _____			Dentist's Name: _____ Address: _____ Phone #: _____ Last Dental Appointment: _____ Hospital: ☐ Titus Regional Medical Center, 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX 903-577-6000 Other: _____ Address: _____ Phone #: _____		
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 ☐ Si ☐ No # de WIC: _____		Recibe SSI ☐ Si ☐ No		Recibe TANF ☐ Si ☐ No # de EDG: _____	
Recibe estampillas de alimentos ☐ Si ☐ No # de EDG: _____ Cantidad Mensual _____					
Recibe cuidado de crianza temporal/Subsidio de Adopción ☐ Si ☐ No Cantidad Mensual \$: _____		Recibe Desempleo ☐ Si ☐ No Cantidad Mensual \$: _____		Recibe Ayuda de Vivienda Pública/Vivienda de la Sección 8 ☐ Si ☐ No	
Seguro Médico: ☐ Medicaid # _____ ☐ CHIPS # _____		☐ Privado/Otro _____ # _____			
Seguro Dental: ☐ Medicaid # _____ ☐ CHIPS # _____		☐ Privado/Otro _____ # _____			
Información de Salud de la Futura Mamá					
La fecha que espera a dar a luz: _____ Número de semanas de embarazo: _____ Nombre del Médico: _____ Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____ Fecha de su primera cita al médico por el embarazo: _____ Fecha de su última cita médica: _____ Fecha de su próxima cita médica: _____ Preocupaciones médicas relacionadas con el embarazo: Si/No Explique: _____			Nombre del dentista: _____ Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____ Ultima cita Dental: _____ Hospital: ☐ Titus Regional Medical Center, 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX 903-577-6000 Otro: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____		
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: _____					



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