



MPISD Child Development Center

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

2026-2027

Expectant Mother Application

Step 1:

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

- Proof of Income (2025 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
2026-2027

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 2025, 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 2026-2027

| | |
|--|--|
| 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 SOLICITUD PARA LA FUTURA MAMA 2026-2027

| | |
|--|--|
| 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 Yes No Receiving SSI Yes No Receiving TANF Yes No
 WIC #: _____ 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: _____ | 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 | | Recibe TANF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # de EDG: _____ | |
| 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: _____ | | | Última 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 Explotique: _____ | | | | | |
| 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: _____ | | |