

The Gateway Family YMCA

Solicitud confidencial de asistencia financiera

Por favor proporcione la siguiente información en su totalidad y adjunte todos los documentos requeridos (solo fotocopias). Presente la solicitud al Director del Departamento de la YMCA en la sucursal de la YMCA donde se solicitan los servicios o programas. Se tomará una determinación dentro de cinco días hábiles a partir de la recepción de la solicitud completa y la documentación requerida.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Escriba en letra de imprenta)

NOMBRE	F. DE NAC.	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE EMPLEO

EMPLEADOR	TELÉFONO	PUESTO	AÑOS
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Enumere a todas las personas adicionales, excluyéndose a sí mismo/a, que viven en el hogar:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Escuela / Empleador

Estado civil Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

ASISTENCIA SOLICITADA

¿Nombre de la persona para quien se solicita asistencia financiera? _____

¿Alguna vez esta persona ha solicitado asistencia financiera en esta YMCA? Sí No ¿cuándo? _____

¿Su solicitud es para Membresía Programa Cuidado infantil

¿Nombre del programa o servicio solicitado? _____

Nota: Solicitar asistencia financiera no garantiza un cupo en el programa. Debe inscribirse por separado.

¿Cuánto del costo anterior podría pagar? _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE - Motivo para solicitar asistencia financiera

INFORMACIÓN FINANCIERA ANUAL

El nivel total de ingresos anuales de su hogar de todas las fuentes es:

- | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$9,999 o menos | <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$34,000 | <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$74,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$35,000 a \$39,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$79,999 |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 a \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$44,999 | <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$45,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$119,000 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999 | <input type="checkbox"/> \$120,000+ |

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Fuente de ingresos	Cantidad
Salarios brutos, sueldo y propinas	\$
Compensación por desempleo	\$
Compensación del Seguro Social	\$
Manutención infantil	\$
AFDC/Subsidios del gobierno	\$
Jubilación	\$
Otro	\$
INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR	\$

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN REQUERIDAS

El ingreso total del hogar se verifica anualmente. **La prueba de ingresos debe presentarse mediante** 1) CARTA DE UNA AGENCIA GUBERNAMENTAL o 2) UNA COPIA DE LOS DOS ÚLTIMOS TALONES DE PAGO o 3) COPIA DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS MÁS RECIENTE (por favor, oculte los números de seguro social). **La solicitud de asistencia financiera no puede procesarse sin toda la verificación de ingresos requerida.**

Si se otorga asistencia financiera, por lo general es un porcentaje del costo total de la membresía o del programa. Usted será responsable del pago de la parte restante de las cuotas. Cuando cambien las tarifas de membresía o de programas de la YMCA, también puede cambiar su parte de las cuotas.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Se le notificará por correo electrónico dentro de cinco días hábiles después de presentar una solicitud completa con todos los documentos necesarios. Por favor firme la solicitud. Al firmar esta solicitud, usted certifica que la información proporcionada en ella es verdadera, exacta y completa según su leal saber y entender.

SOLICITANTES DE CUIDADO INFANTIL

Si esta solicitud es para Cuidado Infantil (Cuidado Infantil, Antes/Después de la Escuela, Día de Vacaciones, Campamento de Verano), debe haber recibido una denegación de beneficios de Community Coordinated Child Care of Union County. **Por favor adjunte su carta de denegación a esta solicitud.** Su solicitud no puede procesarse hasta que presente un formulario de denegación. Si ha solicitado beneficios y ha sido colocado/a en una lista de espera, debe mostrar prueba de su estado en la lista de espera.

FIRMA

FECHA

SOLO PARA USO DE LA YMCA - DEBE SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE LA SUCURSAL

SUCURSAL	FECHA DE LA SOLICITUD	FECHA DE RECEPCIÓN
EVALUACIÓN REALIZADA POR	FECHA	CANTIDAD OTORGADA
FECHA DE ENVÍO DE LA CARTA AL SOLICITANTE	PERSONAL	COMENTARIOS