



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®
 POR UNA VIDA SALUDABLE
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Office Use Only

MEMBER #: _____
 DATE RECEIVED: / / BY: _____
 PREFERRED CONTACT METHOD:
 EMAIL LOCAL PHONE STAFF

**APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA/VERIFICACIÓN DE INGRESOS
 DE LA YMCA OF FLORIDA'S FIRST COAST**

FAVOR DE PROPORCIONAR COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Copia de la última declaración de impuestos o carta de no contribuyente
- Copia de la W-2 más reciente
- Copias de los últimos dos talonarios de pago
- Copias de fallo judicial sobre manutención infantil, vivienda subsidiada, seguro social, estampillas de comida, préstamos escolares/becas o cualquier otra fuente de ingresos
- Una carta personal explicando por qué necesita asistencia

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE.

FECHA DE APLICACIÓN / /

NOMBRE _____ INICIAL _____ APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO / /
 DIRECCIÓN _____ APT. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____
 TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO DIURNO _____ EMAIL _____

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

EMPLEO _____ NÚMERO TELEFÓNICO _____
 SUPERVISOR _____ TIEMPO COMO EMPLEADO _____

INFORMACIÓN DE UN SEGUNDO ADULTO

NOMBRE _____ INICIAL _____ APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO / /
 EMPLEO _____ NÚMERO TELEFÓNICO _____
 SUPERVISOR _____ TIEMPO COMO EMPLEADO _____

DEPENDIENTE(S) / NIÑOS

NOMBRE	EDAD	GÉNERO	ESCUELA	FECHA DE NACIMIENTO
		H / M		
		H / M		
		H / M		
		H / M		
		H / M		

FAVOR DE RESPONDER LO SIGUIENTE:

¿PARA QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ APLICANDO? MEMBRESÍA PROGRAMA

¿HASTA CUÁNTO PODRÍA USTED PAGAR PARA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA? \$ _____

¿ALGUNA VEZ HA APLICADO PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA DE LA YMCA? SÍ NO

SI CONTESTÓ QUE SÍ, ¿EN QUÉ YMCA Y PARA QUÉ PROGRAMA(S)? _____

CONTINÚA ATRÁS

En la YMCA queremos que todos nuestros programas estén disponibles para quienes puedan beneficiarse de ellos, sin importar su capacidad de pagar. Brindándonos esta información nos ayuda a cumplir con ese objetivo. Esta información es confidencial y no será utilizada para ningún otro fin.

FAVOR DE ESPECIFICAR LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES DE SU HOGAR:

SALARIOS	\$
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	\$
COMPENSACIÓN DEL SEGURO SOCIAL	\$
MANUTENCIÓN INFANTIL	\$
AYUDA PARA NIÑOS DEPENDIENTES	\$
ESTAMPILLAS DE COMIDA	\$
FONDO DE RETIRO 401 (K)	\$
PENSIÓN ALIMENTICIA	\$
OTROS	\$
SUMA TOTAL	\$

Certifico que los ingresos anuales de mi hogar y el número de dependientes (de tenerlos) son \$ _____ y _____, respectivamente. Certifico que, según mi conocimiento, la información aquí brindada es verdadera y completa. Notificaré a la YMCA de cualquier cambio en mi condición financiera.

FIRMA DEL APLICANTE: _____ **FECHA** / / _____

OFFICE USE ONLY / PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

DATE RECEIVED / / DATE PROCESSED / /

PROGRAMS _____

JOIN / RENEW BY / / DATE NOTIFIED / /

MONTHLY DUES _____

JOINING FEE _____

APPROVED BY _____