



**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

Entregue su formulario completo y los documentos requeridos en la recepción de la YMCA más cercana, o envíelos por correo a:

**Attn: Member Services
 First Coast YMCA
 40 East Adams St., Ste 210
 Jacksonville, FL 32202**

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 _____