



YMCA Familiar de Marion y Polk Counties Aplicacion para asistencia Financiera

Favor de leer lo siguiente requisitos antes de llenar la aplicacion. Nosotros requerimos los siguientes documentos para todos los miembros de la familia:

1. Una copia de su ultimo ta lon de checke.
2. Una copia de sus ultimos impuestos con nombres de sus dependientes marcados claramente. Si no hizo sus impuestos otra form de verificar sus dependientes puede ser aceptada.
3. Si aplica tambien necesitariamos documentos de otra forma de ingresos como seguro social, desempleo asistencia publica, ingresos de retiro, manutencion, ayuda de vivienda, estampillas, ayuda financiera de estudiantes.

Tenga en cuenta las solicitudes incompletas seran devueltas sin procesar.

Nuestro objetivo es actuar sobre las solicitudes tan pronto como sea posible. Usted debe esperar una respuesta en aproximadamente 30 días. Después de recibir la carta de aceptación, llevarlo a la YMCA para registrar su afiliación o programa!

Gracias por su interés en el YMCA Familiar de Marion y Polk!





YMCA Familiar de Marion y Polk Counties

Aplicacion para asistencia Financiera

Asistencia Financiera para: Membresia: Adulto Familiar Juvenil **Programa:** _____

Campamento de verano: Greider Silver Creek Session _____

Guarderia: Infantes (0-11 meses) Edad preescolar (1-5 años) Edad Escolar (6 años en adelante)

Solicitante:

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de residencia _____ Telefono de trabajo _____ Ext. _____

Fecha de Nacimiento _____ Correo electronico _____

Empleador _____ ocupación _____

Contacto de Emergencia _____ Numero telefonico _____

Miembros de la Familia:

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre _____ Apellido _____ Genero Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ___/___/___

Numero de adultos en el hogar _____ Numero de ninos en el hogar _____

Esta recibiendo algun tipo de asistencia: No Si - Si marco si, que tipo de asistencia recibe? _____

Ha recibido asistencia de YMCA anteriormente? No Si - Si marco si, cuando y para que? _____

Con cuanto piensa que usted puede contribuir cada mes? \$ _____

Ingresos

Ingresos mensuales en bruto \$ _____

Otros ingresos mensuales \$ _____

Manutencion de ninos Ingresos de Seguro Social

Renta Intereses Asistencia escolar

Asistencia publica Otro _____

Total de ingresos mensuales \$ _____

Gastos mensuales

Renta/Hipoteca \$ _____

Servicios Publicos \$ _____

Otro _____ \$ _____

Otro _____ \$ _____

Otro _____ \$ _____

Total de gastos mensuales del hogar \$ _____

Marque si ha incluido informacion adicional, gastos o circunstancias especiales en otra pagina.

Certifico que la informacion dada es verdadera en cuanto a mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la YMCA Familiar de Marion y Polk Counties de cualquier cambio en mi situacion financiera o mi membresia. Yo entiendo que la YMCA Familiar de Marion y Polk Counties puede verificar la informacion proveida. Autorizo a empleadores y otros proveedores de ingresos a dar informacion sobre mis ingresos a la YMCA Familiar de Marion y Polk Counties. Me he asegurado que informacion personal como mi seguro social no aparezca en ningun documento y entiendo que toda mi informacion permanecera confidencial.

Signature _____ Date _____

Office Use Only

Date: _____

Reviewer: _____

% Approved _____