



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

YMCA OF SILICON VALLEY

Solicitud Confidencial

Ayuda Financiera del YMCA

Por favor complete todo el formulario, fírmelo, ponga la fecha, y entréguelo a su Y local. **Toda la información es confidencial.** El completar esta solicitud no garantiza su aprobación. Por favor tenga en cuenta que puede tomar dos semanas para ser procesado.

ADULTO PRINCIPAL – POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE

Nombre y apellido () () ¿Recibe ingresos?
 Teléfono Casa Teléfono Alterno Sí No

Dirección Dpto. Ciudad Código Postal

ADULTO SECUNDARIO

Nombre y apellido () () ¿Recibe ingresos?
 Teléfono Casa Teléfono Alterno Sí No

MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre y Apellido Cumpleaños Grado Número de adultos mayores de 18 años en su casa:

Nombre y Apellido Cumpleaños Grado Número de niños menores de 18 años en su casa:

Nombre y Apellido Cumpleaños Grado ¿Es usted socio del YMCA actualmente? Sí No

Si lo es, ¿Qué tipo de socio? Programas/facilidad

Nombre y Apellido Cumpleaños Grado

¿PARA QUE PROGRAMA(S) ESTA APLICANDO? Complete las secciones apropiadas.

CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Niño(s)

Sitio

Verano

5 Días Completo

5 Días Mitad

Tiempo Parcial (Circule los días) L MA Mie J V

Tiempo Completo (Circule los días) L MA Mie J V

Año Escolar (Circule los días)

Preescolar L MA Mie J V

Antes de escuela L MA Mie J V

Despues de escuela L MA Mie J V

Kinder L MA Mie J V

CAMPAMENTO DE DIA

Nombre del Campista(s)

Campamento de Feriados

Invierno Primavera

Otro

Campamento de Verano

Campamento de Día (Circule las semanas)

Semana: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Campo Especializado (Liste el campamento)

Campamento de Deportes (Liste el campamento)

CLASES DE NATACION

Nombre del Participante(s)

Fecha de la Sesión

Lecciones en Grupo

Nivel

Temporada Verano Otoño Primavera

Otro

MEMBRESIA

Nombre del Participante(s)

Tipo de Membresía

DEPORTES PARA JOVENES

Nombre del Niño(s)

Nombre del Deporte

CAMPAMENTO DE RESIDENTES

Nombre del Campista(s)

Nombre del Campamento (1 semana por campista)

Fechas

OTROS PROGRAMAS

Nombre del Participante(s)

Nombre del Programa

Fechas del Programa

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Por favor adjunte los documentos de calificación apropiados*, tales como:

1. Declaración de impuestos actual
2. Dos de los talonarios de trabajo más recientes del adulto primario y secundario (si aplica), o una carta de su empleador en papel membretado de la compañía indicando su ingreso mensual bruto
3. Los recipientes de AFDC y SSI deben incluir una copia de su cupón de gastos
4. Detalles y cantidades de los ingresos o ayuda que reciba actualmente por:

Desempleo: \$ **Seguro Social (SSI):** \$ **Discapacidad:** \$

**Manutención/
Pensión Alimenticia:** \$ **Pensión/Jubilación:** \$ **Otro:** \$

*Siéntase libre de borrar los números de seguro social y números de cuentas.

¿Está recibiendo alguna otra asistencia financiera? Sí No Si marcó sí, ¿qué?

¿Hay otros factores que debamos tomar en cuenta al evaluar su necesidad para asistencia?

La documentación que presente no serán devueltos, así que por favor envíe fotocopias. Será notificado cuando tenga que aplicar nuevamente por asistencia financiera. Cada solicitud es repasada y aprobada independientemente. Por favor notifique al YMCA si hay cambios en su ingreso.

RECONOCIMIENTO

Reconozco con mi firma a continuación, que toda la información en este formulario es exacta y completa. Me comprometo a proporcionar documentación adicional para verificar la necesidad, si es requerido. Sé que se requieren pagos a tiempo al programa para recibir asistencia financiera. Entiendo que estoy sujeto a las reglas y regulaciones del YMCA.

X

Firma

Fecha

Su firma indica que entiende las políticas y procedimientos del programa de Asistencia Financiera del YMCA.

La ayuda financiera del YMCA está disponible mediante donaciones, subsidios, e ingresos obtenidos por la asociación.

FOR STAFF USE ONLY

Branch: CC CN EC EPA EV MM NW PA SEQ SW SV (Circle one)

Staff Name: