



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

BIENVENIDOS A TODOS

La YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y creemos que nadie debe ser negado el acceso a la Y basado en su capacidad de pago. A través de nuestra campaña anual, la Y presta asistencia a jóvenes, adultos y familias basadas en circunstancias y necesidades individuales.

ADULTO PRINCIPAL – POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE

Nombre y apellido ¿Recibes ingresos? Sí No

() ¿Tienes trabajo? Sí No Jubilado

Teléfono Correo electrónico Medio-Tiempo Tiempo completo

Domicilio ¿Estás matriculado en la escuela? Medio-Tiempo Tiempo completo

Apt. Ciudad Código Postal ¿Eres propietario o alquilas tu casa? propio alquilar sin hogar

ADULTO SECUNDARIO

Nombre y apellido ¿Recibes ingresos? Sí No

Correo electrónico ¿Tienes trabajo? Sí No Jubilado

..... Medio-Tiempo Tiempo completo

..... ¿Estás matriculado en la escuela? Medio-Tiempo Tiempo completo

..... ¿Eres propietario o alquilas tu casa? propio alquilar sin hogar

MIEMBROS DE LA FAMILIA

.....
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela
.....
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela
.....
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela
.....
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela
.....
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela

¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁN APLICANDO? Marque todas las que aplican.

MEMBRESÍA

INDIVIDUAL

Adulto Mayor Juventud

FAMILIA

Un adulto con niños Dos adultos con niños

Tres adultos con niños Tres Adultos

PROGRAMAS

Cuidado de niños Campamento de día Clases de natación

Verano Campamento de Feriados Lecciones en Grupo

Año Escolar Campamento de Verano Otro

Campamento de residentes Deportes para jóvenes

Otro

INGRESO MENSUAL DEL HOGAR

Incluya todas las formas de ingresos en los totales:

1. Su ingreso mensual total bruto \$
2. Secundario ingresos mensual total bruto \$
3. Otros ingresos mensuales total bruto (total ingresos brutos mensuales) \$
- Ingresos Total Mensual del hogar** \$
- Ingreso bruto anual total (Mensual x12)** \$

CONFIRMACIÓN DE INGRESOS

Favor de traer uno de los siguientes documentos en el momento de su aplicación o dentro de 14 días de la aprobación. Si no se ha completado la verificación se dará por terminado. Nota: La Y no retendrá estos documentos, no es necesario proporcionarlos copias

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TANIF | <input type="checkbox"/> Discapacidad declaración de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Últimos 2 recibos de sueldo de 2 meses | <input type="checkbox"/> Copia del cheque de seguridad social |
| <input type="checkbox"/> IRS Form 1040 or 1040EZ | <input type="checkbox"/> Declaración de pensión de retiro |
| <input type="checkbox"/> Self-employed IRS Schedule C | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo declaración de beneficios | |

¿Hay otros factores que debemos tomar en cuenta en la evaluación de su necesidad de ayuda?

Formas de sueldo (Marque todas las que aplican):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo pagado | <input type="checkbox"/> Desempleo pagado |
| <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Debilité | <input type="checkbox"/> Seguridad Social |
| | <input type="checkbox"/> Pensión de retiro |

Fuentes de apoyo del condado / gobierno:

- ¿Su niño califica para almuerzo gratis o reducido? Sí No
- ¿Recibes algún tipo de beneficio público? (Cal Fresh, Housing, 3rd Party Payer, etc.) Sí No
- ¿Actualmente tienes hijos adoptivos? Sí No

El índice completo de su categoría de membresía es \$ ¿Cuánto puede pagar? \$

RECONOCIMIENTO

Reconozco por mi firma, que toda la información en este formulario es exacta y completa. Estoy de acuerdo en proporcionar documentación adicional para verificar la necesidad, si así lo solicita. Soy consciente de que los pagos a tiempo programa requiere para mantener la inscripción en el programa Y o calidad de miembro. Entiendo que estoy sujeto a las normas y reglamentos de la YMCA. Reconozco que será notificado cuando sea el momento para solicitar ayuda financiera. Reconozco que cada aplicación es revisada y aprobada de forma independiente. Si hay cambios en mis ingresos, notificaré a la YMCA.

X
Firma Fecha

Su firma indica que usted entiende las políticas y procedimientos de la membresía de la YMCA para todos los programas.

FOR STAFF USE ONLY

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

Membership Category: **Date income verified**

Program Category:

% Approved: **\$ Approved:** **\$ Member Pays:**

Staff Name: **Signature:**

Supervisor Name or Second Approver: **Signature:**