



APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA MADISON AREA YMCA

La Misión del YMCA: El YMCA del Área de Madison es una asociación mundialmente conocida, para todo tipo de gente, que provee programas de calidad para el desarrollo de un cuerpo, espíritu y mente sana.

El fondo Anual de Apoyo ha sido establecido por el YMCA del Área de Madison para ayudar las familias e individuos con limitaciones económicas, a obtener Membresía y a participar en programas de calidad a bajo costo.

INSTRUCCIONES

Favor de completar este formulario y devolverlo a el YMCA con prueba de ingresos, además de los siguiente documentos (para cada adulto en el hogar):

- Planillas de impuestos de los dos años mas recientes
- Collias o comprobantes de ingreso (2 si cobra quincenal; 4 si cobra semanal; 1 si cobra mensual) o la más reciente declaración de beneficios Seguro Social anual para todos los miembros de la familia
- 2 meses de estado de cuentas bancarias. (cheques y ahorro)
- Arrendamiento o hipoteca declaración o un contrato de arrendamiento de habitación. Copia de su "lease", contrato de vivienda o estado de cuenta de hipoteca
- Documentacion de cualquier servicio social que reciba (cupones de alimentos, Child & Family Resources o New Jersey Cares for Kids, Sección 8, u otros, si aplica)
- Cualquier orden de la corte con relación a ingresos adicionales (pension para menores, si aplica)
- Carta indicando por qué la necesidad de ayuda financiera y una lista de todos los gastos mensuales (prueba de gastos puede ser requerida). La carta también debe incluir cualquier circunstancia especial que puede estar ocurriendo. (Por ejemplo: perdida de empleo, separación familiar, gastos médico, cambio de empleo, etcetera.)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Correo Electrónico: _____

Situación Laboral: Tiempo completo ___ Medio tiempo ___ Ama de casa ___ Desempleado ___ Incapacitado ___

¿Trabaja independiente? Sí ___ No ___

Lugar de trabajo _____ Teléfono _____
 Cargo/puesto _____ Supervisor _____

Estado Civil: Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___

Nombre de la Esposa-o: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Lugar de trabajo _____ Teléfono _____
 Cargo/puesto _____ Supervisor _____

Nombre de los niños

1). _____ M/F 2). _____ M/F 3). _____ M/F 4). _____ M/F
 Kirby Center Enrollment Kirby Center Enrollment Kirby Center Enrollment Kirby Center Enrollment

Fechas de nacimiento

1). _____ 2). _____ 3). _____ 4). _____

TIPO DE MEMBRESÍA QUE SOLICITA (seleccione una)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familia (2 Adultos con niños menores de 26) | <input type="checkbox"/> Familia de Adultos (2 Adultos 65+) | <input type="checkbox"/> Cuido en el centro Kirby |
| <input type="checkbox"/> Adulto (Edades 27-64) | <input type="checkbox"/> Adulto de la tercera edad | <input type="checkbox"/> Joven Adulto (18-26) |
| <input type="checkbox"/> Adolescente (Edades 12-17) | <input type="checkbox"/> Niños (Edades 0-11) | <input type="checkbox"/> madre/padre soltero/a |

Es Usted actualmente miembro del YMCA? Sí No

¿Ha recibido anteriormente ayuda financiera del YMCA del área de Madison?
 Sí No Si su respuesta es sí, escriba la fecha ___/___/___ a ___/___/___.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Por favor indique las fuentes y la cantidad total de ingresos de toda la familia, antes de las deducciones como impuestos y seguro social, (ingresos brutos). Si Usted recibe más de un cheque por diferentes fuentes por favor indique el total recibido. Note que para verificar esta información requerimos los documentos mencionados en la primera página.

Por favor indique el periodo de pago por cada fuente de ingresos en la lista: (Por ejemplo, por semana, por mes, por año, etc.)

Salario.....	\$ _____	Por _____
Seguro Social.....	\$ _____	Por _____
Asistencia Pública (Welfare).....	\$ _____	Por _____
Desempleo	\$ _____	Por _____
Manutención del menor y/o alimentos.....	\$ _____	Por _____
Pensión o Retiro.....	\$ _____	Por _____
Otro.....	\$ _____	Por _____
Total.....	\$ _____	Por _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo certifico que la información que entrego en esta aplicación es completa y verdadera. Entiendo que cualquier omisión o información falsa, puede resultar en la perdida de servicios para mi familia y/o toma de acciones legales
 Me comprometo a informar al YMCA del área de Madison, de cualquier cambio en la cantidad de ingresos, número de integrantes de la familia, estado civil, o cualquier otro cambio que pueda afectar la información en este formulario, en un periodo de 30 días.

Todos los miembros y visitantes al YMCA de Madison deben proveer una identificación válida ya sea del estado o del gobierno en cada visita. La cual será escaneada por el programa "Raptor vSoft", dando un resultado inmediato si la persona es un ofensor sexual en alguno de los 50 estados.

Entiendo que la información en esta solicitud, será confidencial (a menos que se encuentre un fraude) y será entregada a la oficina de Asistencia Financiera para verificar mi elegibilidad en la obtención de un subsidio y no incluirá los nombres.

Firma _____ Fecha _____

¿Estaría Usted interesado en ofrecer su ayuda voluntaria para recoger fondos para la causa del YMCA? Sí No
 ¿Estaría Usted interesado en ayudar de otra manera? Sí No

Usted debe llenar completamente este formulario y entregarlo con todos los documentos requeridos a la Coordinadora de Asistencia Financiera. Todas las aplicaciones serán revisadas y procesadas en un período de dos semanas. Una vez aprobada, Usted recibirá por correo una carta oficial, que le explicará la ayuda que ha obtenido y las instrucciones para comenzar.

FINANCIAL ASSISTANCE STATEMENT

The Madison Area YMCA has funds, subject to available YMCA resources, from individual gifts to the Madison Area YMCA's Annual Fund to assist anyone unable to afford membership and program services at the Madison Area YMCA's Family Center and child care at the F.M. Kirby Children's Center of the Madison Area YMCA.