

# APLICACIÓN PARA BECA MADISON AREA YMCA



La Misión del YMCA:

El YMCA del Área de Madison es una asociación mundialmente conocida, para todo tipo de gente, que ofrece 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 participar en programas de calidad a bajo costo. Nuestra póliza de privacidad completa se puede obtener a petición suya de cualquier personal del Centro de Membresía.

## INSTRUCCIONES

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

- Planillas de impuestos de los dos años más recientes
- Collías 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 "léase", contrato de vivienda o estado de cuenta de hipoteca
- Documentación de cualquier servicio social que reciba (cupones de alimentos, Child & Familia Resources o New Jersey Cares for Kids, subsidio de Viviendas, u otros, si aplica)
- Cualquier orden de la corte con relación a ingresos adicionales (pensión 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: pérdida de empleo, separación familiar, gastos médicos, cambio de empleo, etcétera.)

## 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)**

- Familia (2 Adultos con niños menores de 26)
- Adulto (Edades 27-64)
- Adolescente (Edades 12-17)
- Familia de Adultos (2 Adultos 65+)
- Adulto de la tercera edad
- Niños (Edades 0-11)
- Cuido en el centro Kirby
- Joven Adulto (18-26)
- 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 _____
<b>Total.....</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Por _____</b>

**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 pérdida 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.

**ESTADO DE ASISTENCIA FINANCIERA**

La YMCA del área de Madison tiene fondos, sujetos a los recursos disponibles de la YMCA, desde donaciones individuales hasta el Fondo Anual de la YMCA del área de Madison para ayudar a cualquier persona que no pueda pagar la membresía y los servicios del programa en el Centro Familiar de la YMCA del área de Madison y el cuidado de niños en el Centro Infantil F.M. Kirby de la YMCA del área de Madison.