



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

**Office Use Only**

MEMBER #: \_\_\_\_\_  
 DATE RECEIVED: / / BY: \_\_\_\_\_  
 PREFERRED CONTACT METHOD:  
 EMAIL       LOCAL PHONE       STAFF

**APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA/VERIFICACIÓN DE INGRESOS  
 DE LA YMCA OF FLORIDA'S FIRST COAST**

**FAVOR DE PROPORCIONAR COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- Copia de la última declaración de impuestos o carta de no contribuyente
- Copia de la W-2 más reciente
- Copias de los últimos dos talonarios de pago
- Copias de fallo judicial sobre manutención infantil, vivienda subsidiada, seguro social, estampillas de comida, préstamos escolares/becas o cualquier otra fuente de ingresos
- Una carta personal explicando por qué necesita asistencia

**FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE.**

FECHA DE APLICACIÓN / /

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO / /

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DIURNO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

EMPLEO \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_

SUPERVISOR \_\_\_\_\_ TIEMPO COMO EMPLEADO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE UN SEGUNDO ADULTO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO / /

EMPLEO \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_

SUPERVISOR \_\_\_\_\_ TIEMPO COMO EMPLEADO \_\_\_\_\_

**DEPENDIENTE(S) / NIÑOS**

NOMBRE	EDAD	GÉNERO	ESCUELA	FECHA DE NACIMIENTO
		H / M		
		H / M		
		H / M		
		H / M		
		H / M		

**FAVOR DE RESPONDER LO SIGUIENTE:**

¿PARA QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ APLICANDO?       MEMBRESÍA       PROGRAMA

¿HASTA CUÁNTO PODRÍA USTED PAGAR PARA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA?      \$ \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ HA APLICADO PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA DE LA YMCA?       SÍ       NO

SI CONTESTÓ QUE SÍ, ¿EN QUÉ YMCA Y PARA QUÉ PROGRAMA(S)? \_\_\_\_\_

**CONTINÚA ATRÁS**

En la YMCA queremos que todos nuestros programas estén disponibles para quienes puedan beneficiarse de ellos, sin importar su capacidad de pagar. Brindándonos esta información nos ayuda a cumplir con ese objetivo. Esta información es confidencial y no será utilizada para ningún otro fin.

**FAVOR DE ESPECIFICAR LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES DE SU HOGAR:**

<b>SALARIOS</b>	\$
<b>COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO</b>	\$
<b>COMPENSACIÓN DEL SEGURO SOCIAL</b>	\$
<b>MANUTENCIÓN INFANTIL</b>	\$
<b>AYUDA PARA NIÑOS DEPENDIENTES</b>	\$
<b>ESTAMPILLAS DE COMIDA</b>	\$
<b>FONDO DE RETIRO 401 (K)</b>	\$
<b>PENSIÓN ALIMENTICIA</b>	\$
<b>OTROS</b>	\$
<b>SUMA TOTAL</b>	\$

Certifico que los ingresos anuales de mi hogar y el número de dependientes (de tenerlos) son \$ \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, respectivamente. Certifico que, según mi conocimiento, la información aquí brindada es verdadera y completa. Notificaré a la YMCA de cualquier cambio en mi condición financiera.

**FIRMA DEL APLICANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA** / /

**OFFICE USE ONLY / PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

DATE RECEIVED / / DATE PROCESSED / /

PROGRAMS \_\_\_\_\_

JOIN / RENEW BY / / DATE NOTIFIED / /

MONTHLY DUES \_\_\_\_\_

JOINING FEE \_\_\_\_\_

APPROVED BY \_\_\_\_\_