



PARA EL DESARROLLO DE LA JUVENTUD
PARA UNA VIDA SALUDABLE
PARA LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

ASISTENCIA FINANCIERA

Lakeland Hills Family YMCA
100 Fanny Road
Mountain Lakes, NJ 07046

1 SOLICITANTE PRINCIPAL

Si el solicitante es menor de 18 años, el padre/madre o tutor legal es el solicitante

Nombre	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Correo electrónico	
Teléfono	Fecha de nacimiento
Empleador	

2 HOGAR

El número a todas las personas menores de 24 años que viven en el hogar

Nombre del segundo adulto	Fecha nac.
Empleador	
Nombre del hijo/a dependiente	Fecha nac.
Nombre del hijo/a dependiente	Fecha nac.
Nombre del hijo/a dependiente	Fecha nac.
Nombre del hijo/a dependiente	Fecha nac.

3 ESTOY SOLICITANDO

Tipo de membresía YMCA	Nombre del programa/clase	Cuidado infantil/campamento
<input type="radio"/> Familia <input type="radio"/> Adulto (26-67) <input type="radio"/> Joven adulto (19-25) <input type="radio"/> Adulto mayor (68+) <input type="radio"/> Pareja de adultos mayores 68+ <input type="radio"/> Adolescente (12-18) <input type="radio"/> Niño/a (menor de 11)		

4 CARTA ESCRITA

Adjunte una carta que explique cómo ayudará la asistencia financiera; incluya cualquier circunstancia especial, financiera o de otro tipo.

5 INSTRUCCIONES

Adjunte copias del IRS 1040 más reciente (todas las páginas), W2(s) y/o formularios TANF/SNAP para todos los adultos que trabajan en el hogar, incluyendo a todas las personas y dependientes que se incluirán en esta solicitud de asistencia financiera.

INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Adjunte copias de talones de pago y/o documentación de asistencia gubernamental de los últimos 30 días para todos los adultos del hogar.

\$ _____ x 12 = \$ _____
 Ingreso total mensua Ingreso total anual

Comprobante de otra asistencia financiera

Ejemplos: Desempleo, Seguro Social, manutención infantil, pensión, beneficios por discapacidad/veteranos, asistencia pública, ayuda para hijos dependientes, cupones de alimentos, Child & Family Resources o cualquier otro subsidio.

6 ACUERDO

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al YMCA por escrito de cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud que pueda afectar mi elegibilidad para asistencia financiera, como ingresos, dirección, arreglos de vivienda, estado civil, etc. Entiendo que la asistencia financiera se basa en una escala móvil y que los cambios en mis ingresos pueden afectar la cantidad de asistencia financiera para la que califico. Entiendo que no cumplir con las políticas del YMCA puede resultar en la revocación inmediata de la membresía, la asistencia financiera y/o los privilegios del programa.

Firma

Fecha

USO DEL PERSONAL

Asistencia Financiera Aprobada

% | \$

Monto adeudado
después de asistencia

ID de unidad

Vence

ID del personal

Fecha