



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

Solicitud de Asistencia Financiera de la YMCA

Gracias por su interés en solicitar asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera de la YMCA de Greensboro. La YMCA de Greensboro es una organización sin fines de lucro de salud y servicios humanos, basada en la comunidad, que se compromete a ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial en espíritu, mente y cuerpo. La asistencia financiera de la YMCA está disponible para personas de todas las edades, antecedentes, habilidades e ingresos.

Cada año, la YMCA de Greensboro brinda cientos de miles de dólares para la asistencia financiera a jóvenes, familias y personas mayores. Estos fondos son posibles gracias a las generosas donaciones de nuestros miembros, personal, voluntarios y socios comunitarios a nuestra Campaña Anual.

Entiendo que tengo que completar toda la solicitud y enviar los documentos requeridos para ser considerado.

Información del aplicante

Locación: Bryan Y Eden Y Hayes-Taylor Y Spears Y
 Stoney Creek Y Ragsdale Y Reidsville Y Camp Weaver

Adulto (o padre/tutor si el solicitante es joven)

Primer Nombre Legal _____ Inicial del Segundo Nombre ____ Apellido _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono Principal _____ Correo Electrónico _____

Género ____ Fecha de nacimiento _____

- Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Afroamericano
- Hispano/Latino Medio Oriente/África del Norte Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico
- Otro Desconocido Blanco 2 o más razas/etnias

Contacto de Emergencia _____ Parentesco _____ Emergency Número Telefónico _____

Seleccione su método de contacto preferido: Correo Electrónico Celular Correo
 ¿Es nuevo en el Programa de asistencia financiera de la YMCA de Greensboro o es una renovación?

Nuevo Renovación

Estoy aplicando para:

Membresía (marque si corresponde):

- Juvenil (3-12) Adolescente (13-18) Adulto Joven(19-29)
- Adulto (30-64) Dos Adultos (30-64) Un Adulto más Dependientes
- Dos Adultos más Dependientes Adulto Mayor (65+) Dos Adultos Mayores (65+)

Programa/Actividad (marque si corresponde):

- Actividades Extracurriculares Consejero/Programa de Capacitación de Líderes
- Preescolar Campamento de Deportes Temporada Deportiva
- Campamento de Verano Diurno Campamento de Verano Nocturno Clases de natación
- Equipo de natación Programa para Adolescentes Fitness en el agua Clase de Bienestar
- Otro _____



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

Información del hogar. Indique el nombre y la fecha de nacimiento de todas las personas que viven en el mismo hogar, no mencionadas anteriormente.

Otros Miembros del Hogar	Fecha de Nacimiento	Género	Parentesco

- Razón por la que se necesita asistencia (por favor marque):** Programa Académico o de Capacitación Laboral
 Bajos Ingresos Referencia de rehabilitación Desempleo Necesidad Social/Emocional
 Circunstancias especiales
 Otro (por favor explique): _____

Hoja de cálculo de ingresos mensuales: Esta solicitud no se procesará sin enumerar y proporcionar verificación de todos los ingresos del hogar. Escriba la cantidad bruta (antes de impuestos) que recibe su hogar por mes para cada campo a continuación. **Se requieren comprobantes de ingresos. Imprima y lleve los documentos de respaldo a la sucursal seleccionada en esta solicitud. Si los elementos a continuación no se aplican, escriba "0" en el campo.**

Ingreso: Por favor indique las cantidades MENSUALES

- \$ _____ 1) Ingresos mensuales brutos de los solicitantes.
- \$ _____ 2) Ingreso Mensual de otro(s) Adulto(s)
- \$ _____ 3) Manutención infantil/conyugal
- \$ _____ 4) Seguridad Social o Discapacidad
- \$ _____ 5) NC Work First
- \$ _____ 6) Cupones de Alimentos/WIC

- \$ _____ 7) Desempleo
- \$ _____ 8) Estipendio para niños de crianza temporal
- \$ _____ 9) Otros ingresos (Ejemplo: Fondo fiduciario, cuenta de ahorros, IRA, Compensación de trabajadores, Asistencia de alquiler/servicios públicos, etc.)

Ingreso Total Mensual \$ _____

Ingreso Total Anual \$ _____

El Programa de asistencia financiera de la YMCA brindará apoyo financiero para que su Y membresía o programa más accesible.

¿Hay alguna circunstancia extraordinaria que se deba considerar al revisar esta solicitud?



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

Comparta una historia personal con nosotros. La Y alienta a los beneficiarios de asistencia financiera a escribir una nota breve que describa cómo este programa lo ayudará o lo ha ayudado. Estas historias se pueden compartir con los donantes de la YMCA para mostrarles el impacto de sus donaciones y fomentar más contribuciones.

Yo, los incluidos en mi solicitud de asistencia financiera y mis invitados cumpliremos con los valores de la YMCA: bondad, honestidad, respeto y responsabilidad mientras estemos en las sucursales de la YMCA de Greensboro o Camp Weaver, o mientras participen en cualquier programa de la YMCA. El no hacerlo puede resultar en la revocación de mi membresía o privilegios del programa.

Al firmar a continuación, certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi entender y que no tengo ingresos adicionales no representados en este formulario. Acepto proporcionar información adicional para respaldar esta información. Entiendo que mi asistencia financiera se basa en la necesidad. Si mi situación cambia, me pondré en contacto con la YMCA de inmediato. Entiendo que, si falsifico esta información, no seré elegible para asistencia ahora y/o en el futuro.

Firma del Solicitante

Fecha

Solo para uso de la oficina (Office Use Only):

Applied For: _____ Membership Type: _____ Length of Time: _____

Program Dept: _____ Length of Time: _____

Program Dept: _____ Length of Time: _____

Program Dept: _____ Length of Time: _____

Total Fee: \$ _____ Recipient's Responsibility \$ _____ Assistance Amount \$ _____ Joining Fee \$ _____

Recipient's Responsibility \$ _____ Assistance Amount \$ _____ % Paid by Recipient _____ % of Assistance

_____ Date Applied _____ Date Approved/Denied _____ Date Notified _____

Approved Staff Signature: _____

Approval Executive Director: _____

Comments/Notes: _____