

AQUI PARA TODOS



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

TODOS SON BIENVENIDOS

La YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que a nadie se le debe negar el acceso a la Y en función de su capacidad de pago. A través de nuestro programa de asistencia financiera, Stateline Family YMCA brinda asistencia a jóvenes, adultos y familias según las necesidades y circunstancias individuales.

¿COMO FUNCIONA?

- El programa de asistencia financiera reduce las cuotas de membresía; no los elimina.
- Debido a que la demanda de asistencia financiera es grande, la YMCA debe seguir las pautas de elegibilidad. La asistencia se brindará por orden de llegada, sujeto a los recursos disponibles.*
- La YMCA se reserva el derecho de ajustar la asistencia según sea necesario durante un año calendario.
- Una vez aprobada, la asistencia se otorgará hasta por 12 meses.
- Si el pago no se realiza antes del día 20 de cada mes, la asistencia financiera se desactivará sin la posibilidad de volver a solicitar durante 6 meses.
- La YMCA solicita que los beneficiarios vuelvan a presentar la solicitud anualmente, incluida la documentación actualizada. Si no vuelve a presentar la solicitud en el momento solicitado, se cancelará su membresía.
- Las tarifas de membresía están sujetas a cambios cuando vuelva a presentar su solicitud.
- Permita un tiempo de procesamiento de dos semanas. Recibirá un aviso por escrito por correo sobre el estado de su solicitud.

**Los fondos de asistencia financiera están disponibles solo según lo permitan las donaciones.*

PREGUNTAS?

Comunicase con Ruthie at 608-365-2261
o rleavy@statelineymca.org.

statelineymca.org/financialassistance



APLICACION DE DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

NOMBRE	
DIRECCIÓN	
CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL	
TELÉFONO MÓVIL	
TELÉFONO DE CASA	
CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA DE NACIMIENTO	

INFORMACIÓN FAMILIAR ADICIONAL

ADULTO/ MADRE/PADRE GUARDIÁN	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO / FEMENINO
NIÑO/A	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO / FEMENINO
NIÑO/A	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO / FEMENINO
NIÑO/A	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO / FEMENINO
NIÑO/A	NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO / FEMENINO

Membresía _____ Cuidado de Niños _____ Clases de Natación _____
Deportes _____ Gimnasia _____

PROCESO DE SOLICITUD

Completa esta solicitud de asistencia financiera y una solicitud de membresía. **PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA MÁS ACTUALIZADA DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS**, según corresponda. Las solicitudes entregadas sin la documentación adecuada no serán consideradas para asistencia financiera.

- Se requiere la **Declaración Federal de Impuestos** sobre la renta más reciente (1040 o equivalente; no formularios W2) para todas las personas en el hogar mayores de 18 años.
- Si recibe SSI o Beneficios por Discapacidad, envíe su carta de concesión del Seguro Social más reciente
- Los dos últimos **Talones de Pago** de todas las personas del hogar mayores de 18 años
- Documentación **Mensual de Pensión Alimenticia** y/o **Pensión Alimenticia**
- Declaración de compensación mensual de **desempleo**
- Estado de cuenta de beneficios mensuales de **pensión**
- Documentación con los nombres de las personas elegibles para la declaración de **Vivienda Subsidiada y la Declaración de Cupones de Alimentos**
- Es posible que se requiera **verificación de residencia** para todos los que figuran en la membresía

CUENTANOS MÁS . . . Explique porqué está solicitando asistencia financiera y cómo le beneficiaría a usted o su familia.

SALARIOS MENSUALES COMBINADOS _____
MANUTENCIÓN DE NIÑOS/PENSIÓN ALIMENTARIA _____
SEGURIDAD SOCIAL/DESEMPLEO _____
CUPONES DE ALIMENTOS/ ASISTENCIA DE VIVIENDA _____
OTROS INGRESOS _____
<small>(Adjuntar documentación de fuentes y montos)</small>
INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR _____

Al firmar a continuación, estoy solicitando asistencia financiera de la YMCA debido a mis circunstancias personales. Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es exacta y verdad. También entiendo que si se descubre que alguna información es falsa, esta solicitud será denegada de inmediato.

FIRMA: _____
FECHA: _____