



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

SIEMPRE BIENVENIDOS EN EL Y

Aplicación de Ayuda Económica

ADULTO PRINCIPAL (se requiere un correo electrónico para la aprobación)

Primer nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____ Género Masculino Femenino

Raza Asiático/Isleño Pacífico Nativo de Alaska Afro-americano/Negro Caucásico/Blanco Hispano Nativo Americano No-Especificado
 Otro

SEGUNDO ADULTO (vive en el mismo hogar)

Primer nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Relación con el aplicante _____ Género Masculino Femenino

Raza Asiático/Isleño Pacífico Nativo de Alaska Afro-americano/Negro Caucásico/Blanco Hispano Nativo Americano No-Especificado
 Otro

DEPENDES/MIEMBROS ADICIONALES

Apunte abajo a todos los otros miembros de su casa. Solo los niños nacidos de usted, legalmente adoptados, de los que usted es guardián/apoderado legal o que usted reclama en sus impuestos pueden ser considerados como dependes. Hijos de 19 años de edad solo son considerados dependes si son estudiantes a tiempo completo Y fueron reclamados en sus impuestos federales.

Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	Genero
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Primer nombre y apellido _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

INFORMACION REQUERIDA (debe estar adjunta con la aplicación firmada para ser aprobada)

A manera de poder brindar ayuda de una forma justa y consistente, lo siguiente es una lista de comprobantes de ingresos necesarios para indicar su situación económica:

INFORMACION DE IMPUESTOS PARA TODOS LOS ADULTOS EN LA CASA (al menos uno en esta categoría)

- Forma Federal 1040 – las primeras dos paginas
 - Si alguien en esta casa trabaja para sí mismo, entonces la Forma Schedule C también es necesaria.
 - Si usted necesita una copia de su historial de impuestos, por favor llame al IRS al 1-800-829-1040 o visite su página de internet al www.irs.gov
- Si usted no reclama impuestos, usted debe llamar al 1-800-908-9946 para obtener una carta indicando que a usted no se le requiere reclamar impuestos.

EMPLEO – TALONES DE CHEQUES (uno de esta categoría)

- Dos talones de cheque y pago consecutivo actuales de cada adulto que trabaje en la casa. Los talones de cheque deben mostrar pago bruto(total).
- Si no tiene talones de cheques disponibles, entonces se acepta una carta del empleador en una hoja con membrete de la empresa indicando un promedio de la cantidad de horas trabajadas por semana y el pago. Los estados de cuenta del banco no muestran el pago bruto y no es una forma de documentación aceptable.

ASISTENCIA DE GOBIERNO / SEGURO SOCIAL / DISCAPACIDAD (todos los que apliquen)

- Una carta de la Administración del Seguro Social indicando la cantidad actual recibida y/o la forma de impuestos federales 1040 mostrando los ingresos (línea 14).
- Documentación de cualquier beneficio de gobierno (SNAP, K-Tap, FASFA)
- Horario escolar actual del estudiante

JUBILACION / PENSION / IRA O IMPUESTOS DE INVERSIONES (si es que aplican)

- Una carta de la empresa o inversión mencionando la cantidad y frecuencia con que se recibe, un estado de cuenta mensual, o la forma de impuestos 1040 con las líneas 11 y 12 mostrando los ingresos del IRA/pensión.

INFORMACION ECONOMICA

	Adulto Principal	Segundo Adulto
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Manutención/pensión conyugal	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Beneficios Snap (estampillas)	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Acogida temporal/ingresos como guardia estatal	\$ _____ por mes	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> Reembolso de préstamo estudiantil	\$ _____ semester	\$ _____ semester

Describa cualquier gasto inusual que usted haya generado y/o provea las razones/circunstancias adicionales para aplicar para asistencia económica.

Por favor lea y marque cada declaración y firme abajo que usted entiende:

- Yo entiendo que el YMCA de Centro Kentucky es una organización sin fines de lucro y la asistencia económica es posible mediante la generosidad de los donantes.
- Yo entiendo que debo entregar TODA la documentación requerida y anotada en esta forma para que mi aplicación sea revisada y procesada. -
- Cualquier asistencia asignada es válida por un año. Yo entiendo que, para sostener mi asistencia, necesitare proveer documentación actualizada a como me lo requiera el Y.
- Estoy de acuerdo en notificarle al Y si mi situación económica cambia en mi favor. Esto le permitirá a mi asistencia a ser re-evaluada, y así posiblemente, les proveerá la oportunidad a otros necesitados.
- Yo entiendo que la asistencia se otorgara basado en disponibilidad y elegibilidad.
- Yo entiendo que todos los miembros del YMCA/participantes de programas reciben los mismos beneficios, sin importar si están recibiendo asistencia o no.

Certifico que toda la información en mi aplicación es cierta y completa a mi mayor conocimiento y cualquier falta de representación puede resultar en la terminación automática de mi membresía y de aplicaciones de membresías futuras. Entiendo que estoy aplicando para asistencia económica y que esta vencerá en un año de la fecha de aceptación. Además, entiendo que, para sostener mi asistencia, necesitare proveer documentación actualizada cuando él Y me lo pida.

Firma del Adulto Principal

Fecha

BOC USE ONLY

Expiration Date _____

Date Received _____ Date Response _____

Tax Year _____ Tax income (line 22) \$ _____

Gross Annual Income \$ _____ Member Number _____

Processed by _____

Response sent by _____

Entered into system by _____ Date _____

Rate Approved (%) _____ Program Discount (%) _____ Childcare & Camp Discount (%) _____