



# The YMCA of South Palm Beach County

## Solicitud de Asistencia Financiera

### INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado y Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Nueva o Renovacion de Solicitud? \_\_\_\_\_

Es usted miembro actual de la YMCA of SPBC  Miembro  No Miembro

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/COMPAÑERO DOMÉSTICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### ASISTENCIA FINANCIERA SOLICITADA

Membresia Familiar

Membresia Para Adultos

Membresia Para Adultos Mayores

Membresia Juvenil

*Si esta disponible, me gustaria ser considerado para asistencia adicional con:*

Preescolar/Cuidado Infantil

Cuidado Infantil Escolar

Deportes

Natacion

Campamento de Verano

### INFORMACIÓN LABORAL

Empleador del Solicitante: \_\_\_\_\_

Direccion del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Autónomo  Desempleado  Jubilado  Discapacitado

Horario Laboral: \_\_\_\_\_ Pago:  Semanal  Quincenal  Dos Veces al Mes  Mensual

Empleador del Cónyuge/Compañero Doméstico: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Autónomo  Desempleado  Jubilado  Discapacitado

Work hours: \_\_\_\_\_ Pago:  Semanal  Quincenal  Dos Veces al Mes  Mensual



# The YMCA of South Palm Beach County Solicitud de Asistencia Financiera

## INFORMACIÓN FAMILIAR

Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Numero de Adultos: \_\_\_\_\_ Numero de Niños: \_\_\_\_\_ Tamaño Total de la Familia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Alquila o es Propietario? \_\_\_\_\_ Renta o Hipoteca Mensual? \$ \_\_\_\_\_ Forma de  Efectivo  
Pago:  Cheque  
 Giro Postal

¿Alguien en el hogar tiene un fideicomiso para necesidades especiales?  Si  No

## INGRESOS MENSUALES TOTALES BRUTOS

Ingresos Mensuales Brutos del Solicitante: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos Mensuales Brutos del Cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos de Negocios: \$ \_\_\_\_\_

Ayuda Estatal-Federal/TANF/SSI/DDD: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos por Pensión Alimenticia: \$ \_\_\_\_\_

Otros Ingresos: \$ \_\_\_\_\_

Total de Ingresos Mensuales Brutos: \$ \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, díganos cualquier otra cosa sobre sus ingresos y/o circunstancias, incluyendo deudas significativas pendientes, que considere relevante para su situación.

---



---



---



---

### ESTA APLICACION TIENE QUE SER RENOVADA CADA 6 MESES!

Certifico que la información proporcionada es verdadera y completa según mi mejor conocimiento, y que no tengo ingresos adicionales no representados aquí. Estoy de acuerdo en enviar información y documentación adicional si es necesario para respaldar las declaraciones anteriores. Entiendo que la asistencia financiera se basa en la necesidad. En caso de que yo o mis hijos debamos cancelar nuestra participación, contactaré a la YMCA de inmediato para que la asistencia pueda ser proporcionada a otras familias. Entiendo que si falsifico alguna información, no seré elegible para asistencia ahora ni en el futuro.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

La asistencia financiera se cancelará si hay alguna membresía o saldo pendiente en su cuenta; asegúrese de pagar su parte a tiempo.

- Las membresías con becas no son elegibles para retenciones
- Si desea cancelar su membresía, tiene que visitar la YMCA y complete un formulario de cancelación 30 días antes de la fecha del draft.
- Debe registrarse al menos 8 veces al mes para poder mantener su beca activa, o será entregada a otra familia.



# The YMCA of South Palm Beach County

## Solicitud de Asistencia Financiera

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Por favor proporcione 2 de los primeros 3 elementos resaltados.

- Copia de las declaraciones de impuestos federales (1040/1041) de los últimos 2 años, incluyendo formularios W-2. Si está renovando, solo se requiere la declaración de impuestos más reciente y el formulario W-2.
- Copia de los recibos de pago más recientes de 2 meses o carta del empleador indicando horas trabajadas y salario recibido. La carta del empleador debe incluir el nombre, dirección y número de teléfono del empleador.
- Copia de los estados de cuenta bancarios más recientes de 2 meses (cheques, ahorros, mercado monetario, corredores). Se deben proporcionar estados completos.
- Copia de cualquier orden judicial de pensión alimenticia y/o manutención conyugal, si aplica. Por favor, proporcione la declaración de fin de año más reciente de la agencia estatal de cumplimiento de manutención infantil.
- Copia de beneficios de seguro de desempleo, Seguridad Social, SSI, DDI, TANF, etc., si aplica.
- Copia de documentación de fideicomiso para necesidades especiales, incluyendo cualquier estado financiero, si aplica.
- Copia de la Licencia de Conducir
- Factura de servicios públicos actual o comprobante de dirección.