



**FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

Let Us Help! YMCA Financial Assistance Application

Applications will be processed after all of the information is submitted, and the application is filled out completely.

Last Name _____ First Name _____ Birth Date (mm/dd/yyyy) _____
 Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
 Primary Phone _____ Alternate Phone _____ E-mail _____

Employment Information

Employer _____ Work Phone _____ Position _____
 Length of Employment _____ Type of Employment: Part Time Full Time Occasional

Tax Information

All applicants must provide a copy of their most recent **Federal Income Tax Return** (form 1040, 1040A, etc.) for all adults in the household. W-2s are not accepted. If you do not have a copy of your return, you can obtain one by calling the IRS at (800) 829-1040 or by visiting www.irs.gov.

- I have included my most recently filed Federal income tax return.
- I am self-employed or own a business and have included by Schedule C tax form in addition to my 1040 form.
- I did not file taxes. Please explain _____
- Other. Please explain _____

Income Worksheet

No. of Immediate Family in Household	_____
Annual Income (verified by taxes)	\$ _____
Aid for Children	\$ _____
SNAP	\$ _____
Child Support	\$ _____
Social Security Compensation	\$ _____
Other	\$ _____
Total Annual Income (Household)	\$ _____

What benefits do you see in having membership assistance to join the YMCA as a member or program participant?

Are there any extenuating circumstances that you would like to share (excessive medical expenses, unemployment, etc.?)

I am requesting assistance from the YMCA due to my personal circumstances, and I verify that all information submitted is correct, complete and accurate. If my situation changes, I agree to notify the YMCA within 30 days. If I submit false or inaccurate information, or fail to notify the YMCA of a change within 30 days, I may be terminated from the membership assistance program. **I understand that my assistance will be effective until May**, and I will be notified when it is time to reapply. If I don't reapply, my assistance will terminate and I will be charged the full membership price, unless I cancel my membership.

Applicant's Signature _____ Date _____

For Office Use

BRANCH NAME	MEMBERSHIP %	PROGRAM %	STAFF MEMBER	DATE APPROVED	APPROVED BY
_____	_____	_____	_____	_____	_____



**POR EL DESARROLLO DE NIÑOS Y JÓVENES
POR UNA VIDA SALUDABLE
POR RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Forma de Membresía y Programa de Ayuda Financiera

Ninguna persona es rechazada: Gracias por su interés con respecto a la Membresía y Programa de Ayuda Financiera. Este programa es diseñado para ayudarle usted a obtener una membresía en YMCA. Para ser elegible, necesita completar una solicitud de membresía y darnos su información financiera. La membresía es basada en el ingreso y el número de personas en familia. La solicitud debe ser entregada para verificar la y determinar su elegibilidad. Por favor, regrese la solicitud de membresía, información financiera, y fotocopias de los documentos requeridos a la persona en el escritorio de servicio. Después que YMCA examina su solicitud para ayuda financiera se determinará el precio que deberá pagar por su membresía.

Si necesita mas información sobre el programa de ayuda financiera, puede preguntarnos en cualquier momento.

Tipo de Ayuda:

¿Que tipo de ayuda financiera necesita? **Membresía** (hasta 70% de descuento) **Programa** (hasta 50% de descuento)

Nombre: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Numero de personas en la familia: _____

¿Presento sus impuestos el año pasado? Sí No

Si tiene una copia de los impuestos federales, preséntala con esta solicitud.

Si contesto No a la pregunta anterior, necesitaremos la siguiente información:

	Adulto No. 1	Adulto No. 2
<input type="checkbox"/> Salarios, sueldos, propinas (2 talones de cheque recientes)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ayuda por medio de SSI	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Asistencia para Niños Dependientes	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Soporte a los Niños en hogar temporal	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo / Incapacidad / Compensación de Obrero	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios del estado u otra organización,	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios por Veterano	\$ _____	\$ _____
Ingreso Mensual: \$ _____	Ingreso Total Del Año: \$ _____	

Personas bajo custodia del estado/Hijos adoptivos

Hijos adoptivos pueden ser incluidos en la membresía familiar. Si la familia esta solicitando ayuda financiera, la información deberá ser basada en el ingreso de los padres/ guardianes y la compensación para los niños.

La información presentada en esta solicitud es cierta y estoy de acuerdo en presentar mas documentación si es requerida para comprobar la necesidad de ayuda financiera. Entiendo que esta solicitud no será tomada en cuenta hasta que yo haya presentado toda la documentación requerida.

Entiendo que la falsificación de la información financiera resultara en la descalificación para Programa de Ayuda Financiera por un año como mínimo.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Para uso de la oficina (no escriba en esta parte)

BRANCH NAME	MEMBERSHIP %	PROGRAM %	STAFF MEMBER	DATE APPROVED	APPROVED BY
_____	_____	_____	_____	_____	_____