



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA RENOVACIÓN

Complete el formulario y adjunte la información financiera requerida y devuélvalo a la recepción con la etiqueta "Atención Stephanie" en el sobre o puede escanearlo y enviarlo por correo electrónico a steph.leach@glymca.org. Se le notificará a través de una llamada telefónica si permanecerá en su nivel de descuento actual o si hay un cambio para el año de renovación.

Solicitante principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo adulto (si corresponde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Célula: _____ Correo electrónico: _____

Habla a: _____

Código postal: _____

Contacto de emergencia: _____

Lugar de empleo (solicitante principal): _____

Lugar de empleo del segundo adulto: _____

PRUEBA DE INGRESOS: (La solicitud NO se procesará sin prueba de ingresos. Se deben incluir todos los miembros del hogar que proporcionen ingresos en la casa. Incluya todos los formularios que correspondan).

• Formulario Federal IRS 1040 del año pasado

• Dos talones de pago más recientes

• Otra documentación (es decir, declaración de desempleo, seguro social, carta de discapacidad, declaración de asistencia del gobierno, prueba de manutención infantil, etc.)

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR:

| | | | |
|----------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| Sueldos, Salarios y Propinas | PS _____ | Compartir comida | PS _____ |
| Compensación por desempleo \$ \$ | _____ | Beneficios de Seguro Social | PS _____ |
| 401 K/Fondos de jubilación \$ | _____ | Otros Ingresos | PS _____ |
| Manutención de los hijos | _____ | Ingreso Total Mensual | PS _____ |

*A partir del 1 de enero de 2019, se pueden agregar adultos adicionales a una membresía Adulto 2 por \$10 adicionales por mes, por persona (antes de que se aplique el descuento)

| Niños o adultos adicionales en el hogar | Relación | Fecha de nacimiento |
|---|----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Por favor complete la página siguiente



Tipo de membresía que le gustaría (círculo):

Adulto joven (19-25)

Adulto (26-59)

Adulto 2

Adulto 1 con niños

Adulto 2 con niños

Mayor

Mayor 2

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME

Al completar esta solicitud y firmarla, certifico que toda la información proporcionada a la YMCA es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender.

También soy consciente de que es mi responsabilidad notificar a la YMCA, por escrito, sobre cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud, como ingresos, dirección, número de teléfono, correo electrónico u otros asuntos, que puedan afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. .

Firma del solicitante

Fecha

¿CUÁL ES TU HISTORIA?

Tómese un minuto para decirnos cómo la Y le ha impactado a usted y/o a su familia:

(Puede escribir su historia a mano a continuación o ingresarla directamente en línea en <http://www.genevalakesymca.org/stories>)

¿Podemos compartir su historia en una próxima publicación? S o N

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.genevalakesymca.org/financialassistance o comuníquese con [Stephanie Leach](mailto:steph.leach@glymca.org) en steph.leach@glymca.org o 262.248.6211 x10