



FOR YOUTH DEVELOPMENT  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# DEVOLVIENDO Y APOYANDO A NUESTROS VECINOS

## YMCA of Greater Long Beach-Solicitud de Asistencia Financiera

La Y está comprometida a servir a personas de todas las edades, razas, religiones y niveles económicos. Al responder la siguiente información, nos ayudará a cumplir con este objetivo. Esta información se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito.

**Sucursal:**  Fairfield Family YMCA  Los Altos Family YMCA  Lakewood Family YMCA  Los Cerritos YMCA

Fecha Actual: \_\_\_\_\_ Número de Unidad: \_\_\_\_\_

Nombre de Cuenta Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Duración de Empleo: \_\_\_\_\_ Tamaño del Hogar: Adultos: \_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_

Nombre de Cuenta Secundaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Dependientes:** Menores de 17 años que viven en el mismo hogar

- 1. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Esta solicitud de asistencia financiera es para:**

Membresía:    Sí        o        No                    Tipo de Membresía: \_\_\_\_\_

Programa:    Sí        o        No                    Que Programa(s): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido asistencia financiera de la YMCA?    Sí        o        No

Si es así, ¿cuál YMCA? \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

**Por favor, detalle los ingresos y gastos mensuales de todo su hogar a continuación**

INGRESOS		GASTOS	
Sueldos, salarios y propinas	\$	Renta/Hipoteca	\$
Compensación por desempleo	\$	Utilidades	\$
Compensación del Seguro Social	\$	Comida	\$
Manutención de los hijos	\$	Ropa	\$
Ayuda a niños dependientes (AFDC)	\$	Teléfono	\$
Cupones de alimentos (Food Stamps)	\$	Auto/Seguro de Auto	\$
401K/Fondos de jubilación/IRA's	\$	Pensión alimenticia	\$
Manutención conyugal	\$	Manutención de los hijos	\$
Ingreso de inversión	\$	Médicos	\$
Otro	\$	Otro	\$
<b>INGRESO MENSUAL TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>GASTO MENSUAL TOTAL</b>	<b>\$</b>

**Según sus circunstancias, cuánto recomienda pagar mensualmente por:**

Membresía: \_\_\_\_\_ Cuidado de Niños: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\* Nadie tiene la garantía de recibir los precios recomendados.

Ha intentado calificar con alguna otra agencia (incluyendo entre otros: Cuidado de niños – CHS, Crystal Stairs, DCFS, etc. Membresía – Silver Sneakers, Sliver & Fit, Renew Active, etc.) para ayudar a cubrir sus tarifas?  Sí  No

**Adjunte comprobante de sus ingresos junto con su Solicitud de Asistencia Financiera**

Las formas apropiadas de documentación de ingresos incluyen: Declaración de impuestos federales (Income Tax), formulario W-2, los dos últimos cheques / recibos de pago o comprobante de beneficios por desempleo. O solicite en el escritorio de recepción más información sobre los códigos postales y las escuelas precalificadas, donde solo tendrá que mostrar un comprobante de residencia y / o identificación de la escuela.

**IMPORTANTE: Su solicitud será procesada cuando se hayan recibido TODOS los formularios requeridos.**

**Asistencia financiera no excederá 12 meses. La solicitud debera renovarse antes de su vencimiento para evitar un aumento en los precios o la interrupción del servicio.**

Por favor, escriba un párrafo indicando la razón por su petición para asistencia financiera: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Presento la verificación de ingresos con mi solicitud de asistencia financiera y certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Use Only

FINANCIAL ASSISTANCE APPROVAL					
Membership _____% _____ FD Manager	Camp _____% _____ FD Manager	Child Care _____% _____ FD Manager			
Youth Sports _____% _____ FD Manager	Gymnastics _____% _____ FD Manager	Swimming _____% _____ FD Manager			
Other _____% _____ FD Manager	Other _____% _____ FD Manager	Other _____% _____ FD Manager			