

YMCA de los Shoals
Solicitud de Asistencia Financiera

Adulto#1 _____ Adulto#2 _____
 Fecha de nacimiento y edad _____ Fecha de nacimiento y edad _____
 Domicilio (incluya el # de apto) _____
 Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Correo Electrónico _____
 Teléfonos _____
 Vivienda: Renta _____ Propio _____ Pagos Mensuales \$ _____
 Marca y Modelo de Automóviles _____

¿Es usted miembro actual de YMCA? (elige uno) Si No

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad y relación a usted
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información financiera

Empleador #1 _____ Cuanto Tiempo? _____
 Ingreso Anual _____
 Empleador #2 _____ Cuanto Tiempo? _____
 Ingreso Anual _____
 Otra fuente de ingreso: _____
 Manutention infantil \$ _____
 SS, SSI, SSDI \$ _____
 Otros (Estampillas de comida, desempleo, etc.) \$ _____
 Ingreso total anual del hogar: \$ _____

Por favor, circule el tipo de membresía que esta solicitando: Familia de 2 adultos Familia de 1 adulto Adulto Adulto 65+ Joven Infantil Campamento de día /Cuidado de antes y después de la escuela

****LA DECLARACION DE IMPUESTOS DEBE DE SE SER ENTREGADO CON ESTA SOLICITUD**

Entiendo que el YMCA revisara esta solicitud y si se aprueba soy responsable de notificar a YMCA en cuanto a cualquier cambio de mi estado financiero dentro de los 30 días del cambio. También entiendo que cualquier información que parezca falsa resultara en una negación inmediata.

 Firma Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Proof of income: 2 consecutive pay stubs _____ SS _____ SSI _____ Disability _____ Unemployment _____ Child support _____ Food Stamps _____ Other _____ Tax Return (1 st and 2 nd page) _____ 2 consecutive bank statements _____ Staff Initials _____

Approved _____ Denied _____
 Program or Service _____ How Long/Expiration? _____
 Explanation _____

YMCA Staff

Date

