



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Bienvenidos a Todos

Sonoma County Family Y Solicitud de asistencia financiera

LA ESENCIA DE LA Y

Con un compromiso para fomentar el potencial de los niños, promover una vida sana y Fomentar un sentido de responsabilidad social, la Sonoma County Y asegura que cada individuo tenga acceso a los elementos esenciales necesarios para aprender, crecer y prosperar.

CADA UNO ES BIENVENIDO

La YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que nadie debe ser denegado el acceso al Y basado en su capacidad de pago. A través de nuestro programa de asistencia financiera, el Sonoma County Y ofrece asistencia a los jóvenes, adultos y familias basadas en las circunstancias y necesidades individuales.

COMPROMETIDOS CON NUESTRA COMUNIDAD

Determinación de la cantidad de asistencia se maneja de una manera justa y consistente. Todos los miembros del Y reciben los mismos beneficios de la membresía, independientemente de si o no reciben asistencia. Miembros pueden sentirse seguros sabiendo que son parte de una organización que se preocupa mucho por el bienestar de todas las personas y está comprometida con el desarrollo de la juventud, una vida saludable y la responsabilidad social.



*** La Ayuda financiera reduce honorarios de membresía/programa; no los elimina.**

Toda la Ayuda será otorgada por 12 meses. Debe aplicar de nuevo cada Julio con documentación actualizada.

Los honorarios de programa/membresía son susceptibles a cambiar cuando se vuelva aplicar de nuevo.

Si usted no aplica de nuevo en el momento solicitado, su Ayuda Financiera expirará.

Contáctenos por favor si tiene cualquier pregunta en 545-9622:

-extensión 3311 para preguntas de programa

-extensión 3134 para preguntas de membresía

Por favor espere 7-10 días procesar. No se aceptarán solicitudes incompletas.

Sonoma County Family YMCA • 1111 College Avenue • Santa Rosa, CA 95404

707-545-9622 • Fax: 707-544-7805 • www.scfymca.org

The YMCA is a non-profit, community organization. Financial Assistance is available.

YMCA Aplicación financiera de Ayuda

Solicite una Y Ayuda Financiera en 5 pasos fáciles!

1 INFORMACION de SOLICITANTE

Nombre Fecha de Nacimiento

Dirección de correo

Ciudad Estado Código postal

#Teléfono de casa ()

Teléfono de celular()

Correo electrónico

Si solicitante es menor de 18 años: Nombre Legal de Guardián y #

2 TODAS las PERSONAS que VIVEN EN ESTA CASA

Críe/guardián/adulto

Críe/guardián/adulto

Niño La fecha del Nacimiento

Niño La fecha de Nacimiento

Niño La fecha del Nacimiento

Niño La fecha del Nacimiento

Niño La fecha del Nacimiento

3 SOLICITO

M	JUVENILE
E	JUVENTUD MAYOR (Edades 15-17)
M	JOVEN ADULTO(Edades 18-24)
B	ADULTO (Edades 25-64)
E	CASA de 2 ADULTOS
R	FAMILIA de 1 ADULTO
H	FAMILIA de 2 ADULTOS
I	La FAMILIA MAS
P	TERCERA EDAD (Edades 65+)
P	CASA MAYOR
R	Los PROGRAMAS (Clases de Natacion, Deportes para jovenes, etc)
O	GUARDERIA
G	CAMPAMENTO
R	OTRO
A	↓Para Solicitantes de Cuidado DE NIÑOS/Acampa sólo↓
M	¿Quién tiene custodia del niño(os) <input type="radio"/> Coyuntura <input type="radio"/> Mamá <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Fomente <input type="radio"/> Guardián <input type="radio"/> Yo no tengo custodia
S	

Padre guardián #1

Encasa Trabaja En Escuela

Padre/guardián #2

Encasa Trabaja En Escuela

4

Cada adulto en el hogar necesita para conectar copias de clasificacion de documentos de al menos dos de las cuatro opciones:

- Declaración de impuestos federales actual para todos los solicitantes de asistencia
- Dos de los más recientes talones de todos los adultos (en su caso), o una carta de su empleador en papel membretado de la empresa indicando su ingreso bruto mensual.
- Vale de desembolso para los receptores de AFDC y SSI
- Prueba de ingreso o asistencia usted recibe actualmente por:
 Desempleo \$_____ Discapacidad \$_____ Niño apoyo/pensión alimenticia \$_____ Pensión/jubilación \$_____ otro\$_____

Estás recibiendo cualquier otra asistencia financiera? Si No

En caso afirmativo, por favor describe _____

Si tienes circunstancias especial, por favor adjunte a esta solicitud.

APLICACION DEBE SER RENOVADA CADA AÑO EN JULIO

Certifico que la información arriba mencionada es verdad y completo según mi leal saber y entender, y que yo no tengo los ingresos adicionales no representado arriba. Conuerdo, si necesario, para enviar información y documentación adicionales a apoyar las declaraciones antes mencionadas. Comprendo que ayuda de patrocinio es basada en la necesidad. En caso de que yo o mis niños debamos cancelar nuestra participación, yo contactaré el YMCA inmediatamente tan que patrocinio les puede ser proporcionado. Comprendo que si falsifico cualquiera de la información antes mencionada, yo no tendré derecho a para la ayuda ahora y/o en el futuro.

5

La firma de persona que completa esta forma

Fecha

Conecte todos los documentos financieros aplicables v aire en al Centro del Miembro de

USO EN LA OFICINA:

Oficina de Programa

Programas: 15% 25% 40%

Cuidado de los niños: 20% 10%

Campamento: 55% 35% 15%

Otra: 10%

Firma del empleado: _____ Fecha : _____

Carta de excepcion adjunto

Oficina de Membresia

Unete a asistencia de cuaota: 15% 25% 40%

Asistencia de Cuota: 15% 25% 40%

Declinar: _____

OFFICE USE:

Director Initials: _____ Date _____

Dir. Of Oper. _____ Date _____

CEO: _____ Date _____