



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

Solicitud para el Programa de Asistencia de Membresía

El Programa de Asistencia para Membresía (MAP) es posible gracias a la generosidad de nuestra Familia YMCA - Miembros, personal, miembros de la Junta, voluntarios, empresas locales y la comunidad local.

A través de nuestra Campaña Anual Niños Fuertes recaudamos fondos críticos que permiten a los niños, adultos y familias disfrutar del YMCA y sus programas y servicios valiosos independientemente de su situación financiera.

Para solicitar asistencia, por favor llene esta solicitud y traer toda la información siguiente para el Centro de Bienvenida del YMCA:

1. Una copia de su más reciente declaración de impuestos federales.
2. Dos más recientes talones de pagos para cada adulto en el hogar o una carta de su empleador verificando su empleo y declarando su sueldo anual.
3. Comprobante de ingresos y / o asistencia, incluyendo (pero no limitado a) el beneficio de desempleo, beneficio de seguro social, beneficios de jubilación, cupones de alimentos, sección 8, beneficio de discapacidad, etc.
4. Una carta con información adicional que considere relevante para su situación financiera (por favor tenga en cuenta no se requiere una carta).

Por favor complete toda la solicitud y devolverla a su YMCA en persona, junto con las fotocopias de toda la documentación necesario. No se procesarán solicitudes incompletas. Si es aprobado por la asistencia, un pago único debe ser pagado con su carta de aprobación para un período de 6 meses de afiliación. Si las circunstancias no han cambiado usted puede renovar su membresía con la misma cantidad para un periodo de 6 meses adicionales antes de que caduque la membresía. La solicitud debe ser completado de nuevo después de un año. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el proceso de solicitud, por favor no dude en contactarnos. Recuerde nosotros estamos aquí para ayudarle! Usted recibirá una carta (por correo electrónico?) dentro de dos semanas con respecto a su calificación y los próximos pasos.

YMCA OF MIDDLETOWN 81 Highland Avenue, Middletown, NY 10940 (P) 845 344 9622
SOUTH ORANGE FAMILY YMCA 45 Gilbert Street Extension, Monroe, NY 10950 (P) 845 782 9622

SOLICITANTE PRIMARIO INFORMACIÓN- FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN LEGIBLE

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Tipo de membresía estoy solicitando: _____ Familia _____ Adulto _____ Senior _____ Senior Pareja _____

TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR, enumere TODOS LOS ADULTOS SI MAS DE 2

Los formularios de impuestos deben reflejar los que se enumeran a continuación. Tenga en cuenta: La membresía familiar es para 2 adultos y niños menores de 26 que vive en la misma casa.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

ROPORCIONAR COPIAS POR FAVOR DE LA SIGUIENTE QUE APLICA:

	Solicitante Iniciales	Iniciales del Personal
primera página de la declaración de impuestos más reciente	_____	_____
2 talones de pago más recientes o carta de empleo	_____	_____
Seguro Social de Discapacidad	_____	_____
Sección 8 cupones de alimentos	_____	_____
Beneficios de Pensiones desempleo	_____	_____
Otra Asistencia / Soporte	_____	_____
Horas trabajadas por semana (Adulto 1) _____ Salario por hora o salario anual _____		
Horas trabajadas por semana (Adulto 2) Salario por hora o salario anual _____		
Horas trabajadas por semana (Adulto 3) _____ Salario por hora o salario anual _____		
Renta Mensual / Hipoteca: _____ carta con información adicional incluyen? Sí / No _____		

FIRMA DEL SOLICITANTE: Al firmar esta solicitud, verifique que toda la información que he proporcionado es verdadera y exacta.

Firma: _____ Fecha: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Aplicación recibido el: _____ Fecha de: _____

Aprobado _____ Negado _____ Amount _____ Membresía _____