



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®**  
**POR UNA VIDA SALUDABLE**  
**POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

## **Solicitud para el Programa de Asistencia de Membresía**

**El Programa de Asistencia para la Adhesión (MAP) es posible gracias a la generosidad de nuestro Familia YMCA - Miembros, personal, miembros de la Junta, los voluntarios, las empresas locales y la comunidad local en general.**

**A través de nuestra Campaña Anual Niños Fuertes recaudamos fondos críticos que permiten a los niños, adultos y familias para 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 declaración federal de impuestos más reciente (por ejemplo, 1040, 1040A, 1040EZ). Si no presentó una declaración, escriba una carta explicando que no presentó una declaración de impuestos.
2. Talón de cheque de pago más reciente de cada adulto en el hogar o carta de su empleador que verifique su empleo e indique su salario anual.
3. Una carta que indique información adicional que considere relevante para sus circunstancias financieras.

Por favor complete la solicitud completa y devuélvala a su sucursal en persona, junto con fotocopias de toda la documentación requerida. Las solicitudes también se pueden enviar electrónicamente a [map@middletownymca.org](mailto:map@middletownymca.org). Tenga en cuenta que se debe adjuntar la solicitud, los documentos requeridos y la carta.

Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Si se aprueba la asistencia, por favor traiga su carta de aprobación junto con su información de facturación para su pago mensual de membresía. Las aprobaciones MAP son válidas por un período de un año. Antes de su anual vencimiento de la membresía, complete una nueva solicitud de MAP. La documentación debe completarse nuevamente después de un año. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el proceso de solicitud, no dude en contactarnos. Recuerde, estamos aquí para ayudarlo. Recibirá una carta dentro de dos semanas con respecto al estado de su solicitud 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 INFORMACIÓN DEL PRIMARIO - FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN LEGIBLE**

Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección de envió: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando tipo de membresía: \_\_\_ Familia \_\_\_ Adulto \_\_\_ Jubilado \_\_\_ Pareja Jubilada \_\_\_

**TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR, POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS ADULTOS.**

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 vivan 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: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR PROPORCIONAR COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

Ingresos (Enumere todo los ingresos MENSUALES)

Ingreso Mensual Bruto \$ \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual Bruto (Esposa) \$ \_\_\_\_\_

Otros ingresos mensual de todo adulto mayor de 18 \$ \_\_\_\_\_

Manutención de menores (si recibe) \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social/Deseabilidad \$ \_\_\_\_\_

TANF (si recibe) \$ \_\_\_\_\_

SNAP (si recibe) \$ \_\_\_\_\_

Desempleo (si recibe) \$ \_\_\_\_\_

Pensión Alimenticia (si recibe) \$ \_\_\_\_\_

Pensión/Jubilación \$ \_\_\_\_\_

Gastos (Enumere todo los gastos MENSUALES)

Renta/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Vehículo Pagos \$ \_\_\_\_\_

Utilidades \$ \_\_\_\_\_

Servicio de Teléfono \$ \_\_\_\_\_

Cuidado de los niños \$ \_\_\_\_\_

Comida \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas de Crédito \$ \_\_\_\_\_

Medico \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos \$ \_\_\_\_\_

Seguro \$ \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE:** Yo verifico que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Aplicación recibido el: \_\_\_\_\_ Fecha Revisado: \_\_\_\_\_

Aprobado \_\_\_\_\_ Negado \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Membresía ID \_\_\_\_\_