



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Solicitud de Asistencia Financiera del YMCA de Providence

Es la política del YMCA de Providence proporcionar servicios dentro de los límites de nuestros recursos, a quien quiera participar en nuestros programas y que entienda los beneficios del Y, a pesar de su capacidad económica para pagar la tasa estándar.

También creemos que se crea un sentimiento fuerte de propiedad y orgullo si el beneficiario contribuye al costo de su propia participación con el YMCA. Entonces, todos los solicitantes serán requeridos a pagar una porción de sus tasas.

PARTICIPANTE/INFORMACION DEL HOGAR:

Nombre/Jefe del Hogar _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Celular _____

Membrecía o tipo de Programa (indique con circulo la membrecía y/o el programa)

Programas	OST o Cuidado de Niños	Campamento	Niño/a o Adolescente	Adulto Joven
Adulto	Adulto Mayor	Pareja de Adulto Mayor	Familia de un Solo Padre	Familia/Hogar

Miembros de este Hogar en este Domicilio (incluido Ud.)

Nombre con Inicial de en Medio (Apellido, si es diferente)	Relación (Marido, Hijo, etc.)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Marque aquí si esta Persona Aparece en Formulario 1040 como Dependiente

Puede ser que a los Solicitantes se les pida prueba de residencia para todas las personas listadas arriba.



Información de Ingresos

Por favor proporcione verificación de ingresos para todos los adultos del hogar. Si usted es casado y entrega los impuestos separado/a de su esposo/esposa, tiene que proporcionar también la información de su esposo/esposa.

Ingresos GROSS Anuales: \$ _____ (tiene que estar de acuerdo con los documentos de verificación)

Documento Requerido de Verificación (Indique el cual nos esta proporcionando)

Formulario de Impuestos 1040 – Línea 22
Formulario de Impuestos 1040A – Línea 15

Formulario de Impuestos 1040 EZ – Línea 4
SCHEDULE C – Línea 7 (si Ud. es auto-empleado)

Las Sigüientes Formas de Verificación Se Acepta Cuando Formulario 1040 No Esta Disponible (Indique y proporcione documentación para cada beneficio recibido)

-W-2	-4 Colillas Consecutivas del Trabajo	-Seguro Social SSI
-Carta de Incapacidad	-Carta de Desempleo	-Carta de Jubilación
-Mantenimiento de Niños	-Compensación Laboral	-SNAP
RHODE ISLAND WORKS (RIW)	-Beneficios Federales o del Estado	-Otra

Cantidad que Ud. cree poder pagar cada semana: \$ _____ (tal vez no la cantidad otorgada)

Para poder ayudar a la mayor cantidad de familias posible, nosotros generalmente ofrecemos un máximo de 50% del precio publicado. Por favor comparta cualquier otra circunstancia que nos ayudaría entender mejor su situación.

Yo estoy pidiendo asistencia del Y y certifico que toda la información dada arriba es completa y correcta. Entiendo y reconozco que como participante del Programa de Asistencia Financiera del YMCA, tal vez me pedirán proporcionar pruebas de ingresos cada 12 MESES, o en el comienzo de una sesión nueva de programas. Si no verifico información cada 12 meses, o en el comienzo de una sesión nueva de programas, tal como pedido, el precio que tengo que pagar puede ser sujeto a un aumento al precio publicado que no requiere ninguna verificación de ingresos. Si mi situación cambia, estoy de acuerdo con notificar al Y. Si entrego información o falsa o incorrecta o si no notifico al Y de un cambio dentro de 30 días, puede ser que me suspendan el Programa de Asistencia Financiera.

SE PUEDE REVISAR LOS INGRESOS DEL HOGAR EN LA FECHA SIGUIENTE _____
(Un año de la fecha de comienzo)

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Nombre del Miembro del Equipo del Y _____ Firma del Miembro del Equipo del Y _____ Fecha _____

For Office Use Only:
Percent YFA Awarded: _____ Staff Initials: _____
Date: _____