



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# Membresía Para Todos

## Aplicación de Asistencia para la Membresía

### La Esencia del Y

Con el compromiso de fomentar el potencial de los niños y las familias, la promoción de la vida sana, y fomentar un sentido de responsabilidad social, la YMCA Kearney asegura que toda persona tiene acceso a los elementos esenciales necesarios para aprender, crecer y prosperar.

### Todos son Bienvenidos

La YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que nadie se le debe negar el acceso a la Y en base a su capacidad de pago. A través de nuestra Campaña **Familias Fuertes**, el Kearney YMCA ofrece asistencia a jóvenes, adultos y familias basadas en las necesidades y circunstancias individuales.

### Comprometidos a Nuestra Comunidad

La asistencia financiera mantiene la Y disponible para los niños y las familias que más nos necesitan. Contamos con la generosidad de nuestros miembros y la comunidad para ayudar a las personas de todas las edades y de todos los ámbitos de la vida sea más saludable, seguro, conectado, y seguro. Cada día trabajamos codo con codo con nuestros vecinos en nuestra comunidad para asegurarse de que todo el mundo sin tener en cuenta de edad, ingresos, o de fondo tiene la oportunidad de aprender, crecer y prosperar.

**El programa de Asistencia Membresía reduce las cuotas de afiliación; NO eliminarlos.**

**Se otorgará todo el apoyo durante 12 meses o por mas tiempo solo a petición.**

**Las peticiones de la YMCA que los individuos y las familias volver a aplicar anualmente, con documentación actualizada.**

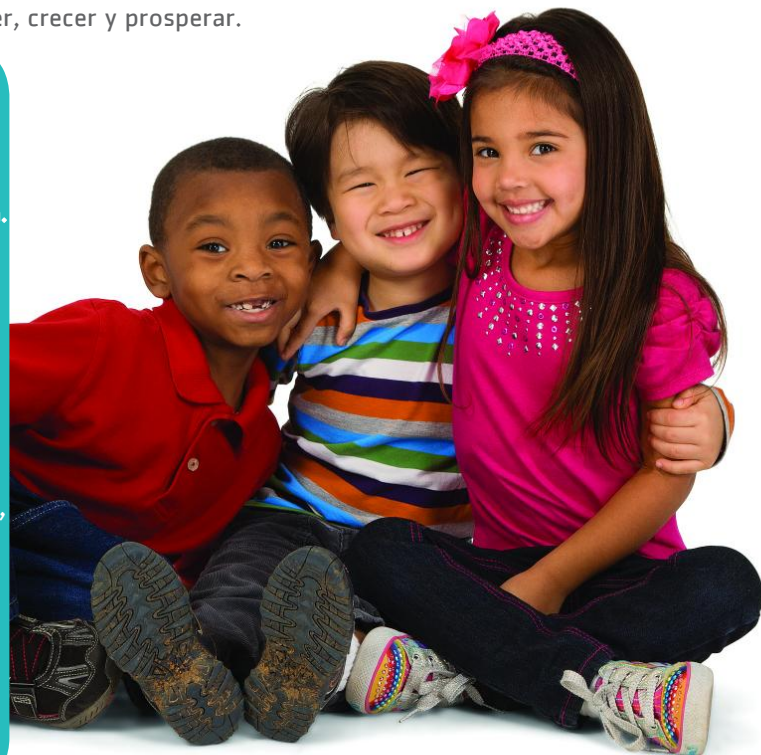
**Las cuotas de afiliación están sujetos a cambios cuando se vuelve a aplicar. Si no vuelve a aplicar en el momento solicitado, su membresía caducará.**

**Todas las solicitudes incompletas serán devueltas sin aprobación.**

Una vez aprobado, las tasas de afiliación se pagarán de forma automática a través del banco retirar a través de su cuenta de cheques o cuenta de ahorros, cuotas de afiliación r pueden ser pagados anualmente a través de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

**Los estudiantes no son elegibles para la asistencia de miembros.**

Por favor, póngase en contacto con el Kearney Y si tiene alguna pregunta.



[kearneyymca.org](http://kearneyymca.org)

# Membresía y aplicación del Programa de Asistencia

Solicitar la asistencia de miembros y Programa en 6 sencillos pasos!

## 1 Información del Aplicante

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (      ) \_\_\_\_\_

Celular (      ) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor de 18 años: del nombre del tutor legal del padre \_\_\_\_\_

Por favor, consulte el método preferido de comunicación  Tel. de Casa  Celular  Email

## 2 TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR

Por favor marque una  por cada familiar que esta pidiendo la asistencia.

Tipo de Miembro	Primer Nombre	Apellido	Esta declarado en la forma 1040?	fecha de nacimiento
<input type="radio"/> Adulto				
<input type="radio"/> Adulto				
<input type="radio"/> Hijo(a)				
<input type="radio"/> Hijo(a)				
<input type="radio"/> Hijo(a)				
<input type="radio"/> Hijo(a)				
<input type="radio"/> Otros dependiente(s)				

## 3 Estoy aplicando para:

Checa la categoría por la que estas aplicando

MEMBERSHIP	Jovenes(edades 0-17)
	ADULTO(edad 18-79)
	UN ADULTO + JOVENES
	DOS ADULTOS + JOVENES
	DOS ADULTOS
	Solo para la Asistencia de programas*

Asistencia de programas no es disponible para todo los programas

Me gustaría solicitar una membresía hoy. Entiendo que las cuotas mensuales serán retirados automáticamente de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorros.

En este momento, sólo me gustaría aprender el monto de mi premio. Volveré a la Y con esta forma y una solicitud de membresía en la fecha que estoy listo para comenzar.

## 4 DINOS MAS... Utilice este espacio para incluir cualquier información adicional o circunstancias atenuantes que no fueron incluidos en esta solicitud. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel adicional.

**El programa de asistencia de la membresía es apoyado completamente por la Campaña de familias fuertes. Por favor, considere compartir su historia para ayudar a crear conciencia sobre este programa. Las historias pueden permanecer completamente anónimo.**

ESTOY interesado/a compartir mi historia para ayudar a apoyar a las familias FUERTE CAMPAÑA.

NO ESTOY INTERESADO EN COMPARTIR MI HISTORIA EN ESTE MOMENTO.  Por favor mantener mi historia anónima

## 5

### INFORMACION FINANCIERA

**PARA CALIFICAR PARA AYUDA, POR FAVOR PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

Presenté IMPUESTOS FEDERALES PARA EL AÑO PASADO

1040 Formulario de Impuestos Federales (s) para todos los ingresos en el hogar

Yo no presenté IMPUESTOS FEDERALES POR EL AÑO pasado los ingresos CAMBIARON DESDE EL AÑO PASADO

Documentos mostrando los últimos 30 días de ingreso (incluyendo talones de pago Y / O documentación de asistencia del gobierno

Mi salario mensual (línea 11 en 1040), dividido por 12 meses \$ \_\_\_\_\_

Segundo adultos (en su caso) salario mensual (línea 11 en 1040), dividido por 12 meses \$ \_\_\_\_\_

**En el momento estoy recibiendo esto asistencia (Checa todos los puntos que aplique y indica la cantidad necesaria**

Supplemental Security Income (SSI): \_\_\_\_\_

Child Support: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

Estampas de comida

Asistencia de Renta

Medicaid

Pensía alimenticia : \_\_\_\_\_

Desabilidad: \_\_\_\_\_

Otra (Por favor explique): \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

TOTAL DE "OTRO" INGRESO

\$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar TOTAL OTROS INGRESOS ANUALES (OTROS INGRESOS MENSUALES TIMES 12 MESES) INGRESO ANUAL

## 6

### Esta solicitud debe ser renovada cada 12 meses

Estoy solicitando asistencia de la YMCA debido a mis circunstancias personales y verifico que toda la información presentada es verídica, completa y precisa. Si mi situación cambia, estoy de acuerdo en notificar a la YMCA dentro de los 30 días. Si presento información falsa o inaccuete, o dejo de notificar a la YMCA de un cambio dentro de 30 días, puedo ser despedido del programa de asistencia de miembros.

Firma de la persona llenando esta aplicacion \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Adjunte todos los documentos financieros aplicables y entregar a su YMCA rama Miembro Servicios Escritorio. SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTOS.**

Uso Para la Oficina Solamente

**ÚNETE HOY POR \$...../MONTH**

NOMBRE PERSONAL ..... FECHA .....

PREMIO ES VALIDA PARA 365 DÍAS. YMCA PERSONAL: Adjuntar copia de la documentación finacial a solicitud y declaración original al solicitante.