

**Envíe su aplicación y documentación de apoyo a:**

**Santa Anita Family YMCA**

501 S. Mountain Avenue  
Monrovia, CA 91016  
(626) 359-9244  
(626) 359-9247 fax  
membership@safymca.org  
www.safymca.org

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:**

*La siguiente documentación es requerida como evidencia para procesar su aplicación. No mande originales o estados de cuentas bancarias.*

**Ingresos / salario** – Incluya copias de su forma de impuestos de este año (forma IRS 1040, 1040A, etc – adjunte las páginas 1 y 2). Si usted tiene su propio negocio, incluir “schedule C”. Si no procesó sus impuestos el año pasado, presente la forma RS “1722 non-filing status”. Para obtener esta aplicación, llamar al 1-800-829-1040. No oprima ningún número, espere en la línea. (Formas W-2 no serán aceptadas).

**Ayuda de Gobierno / estampillas de Comida / asistencia Monetaria** – Incluya copias de todo lo que aplique: “SRS Case Profile” (CAP 2), “SRS” reporte de beneficio, carta reciente de beneficios del Seguro Social, Carta de incapacidad “SSI”, carta de retiro, carta de desempleo o de otra ayuda del gobierno.

**Préstamos de estudiante / becas** – Incluya copias de documentación que verificando dinero que usted haya recibido DESPUÉS que los libros y registración fueron pagados. Incluya recibo de registración.

**FORMACIÓN TIENE QUE SER RECIENTE!**

**Nuestra Mision**

Plantar y practicar principios Cristianos por medio de programas que desarrollen un espíritu, mente y cuerpo saludable para toda persona.

**Todos son bienvenidos al YMCA.**

Ayuda financiera en el YMCA abre las puertas al mundo de programas y actividades del YMCA para usted y su familia.

Esto es posible por las generosas contribuciones de individuos y negocios en nuestra comunidad a través de la campaña anual de apoyo al YMCA.



YMCA

Apoyando sus niños,  
su familia, su comunidad.



**EL YMCA ESTA DISPONIBLE  
PARA TODOS!**

*La póliza del YMCA es proveer instalaciones, y programas accesibles para toda la familia, sin importar la capacidad financiera de pagar la cuota del programa.*

**APLICACIÓN PARA  
ASISTENCIA FINANCIERA**

## Preguntas Frecuentes

### ¿Que es la ayuda financiera del YMCA?

La ayuda financiera del YMCA provee para las necesidades de jóvenes, familias e individuos de nuestra comunidad. La asistencia financiera se aplica a todos los programas del YMCA, incluyendo membresía y cuidado de niños.

Santa Anita Family YMCA hace todos los esfuerzos posibles para asegurar que ninguna persona, en especial la juventud, le sea negada el acceso de nuestros programas por falta de finanzas. Nuestro programa de Asistencia Financiera es posible por las generosas contribuciones de individuos, y negocios en nuestra comunidad por medio de la campaña anual.

### ¿Cómo se determina la cantidad de asistencia financiera?

Usamos una “sliding-fee scale”, basado en el ingreso total de la casa y el número de dependientes en la vivienda.

### ¿Cuánto tiempo dura la asistencia financiera?

La ayuda financiera será revisada y ajustada de forma anual.

### ¿Cuánto tiempo es la espera para recibir ayuda financiera?

Después de que recibimos su aplicación y documentación apropiada, el procedimiento tarda aproximadamente dos semanas. Usted será notificado por correo de su calificación para la ayuda financiera.

### ¿Cómo se maneja la información confidencial?

Solamente empleados del YMCA verán su aplicación. Las aplicaciones se mantienen confidenciales, y su información no será usada para ningún otro propósito; solamente para aplicar la ayuda financiera a los programas requeridos.

### ¿Cómo aplico?

- 1 Llene la Solicitud de Ayuda Financiera y regresarla al YMCA con toda la información requerida. Si desea registrarse para un programa, por favor adjunte la forma para la registración del programa.
- 2 Incluya una copia de su recibo de pago más reciente, o su forma de impuestos 1040. (Si estas copias no están incluidas, su solicitud no será procesada).
- 3 Si usted recibe ayuda de AFCD o SSI, por favor comprobante de los beneficios recibidos.
- 4 Al recibir su solicitud completa, un Director del YMCA evaluará sus necesidades actuales y determinará la cantidad de ayuda financiera que el YMCA le puede proveer. Un miembro del cuerpo de trabajo del YMCA se comunicará con usted dos semanas posteriores a la fecha de haber recibido su solicitud.

El YMCA es una asociación “nonprofit” ofreciendo oportunidades de desarrollo personal mas otros servicios. Para poder apoyar a nuestros miembros, se les pide llenar esta aplicación confidencial. El enfoque del YMCA es poder servirle a todos los segmentos de la comunidad. Por medio de una estructura de costo basado en el tamaño de familia e ingreso, esperamos hacer los programas del YMCA accesibles para toda la comunidad. A nadie se le negará el acceso a programas del YMCA por su inhabilidad de pagar.

### Información Personal (por favor imprima)

Nueva Aplicación  Renovación

Nombre de persona recibiendo asistencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Genero sexual: \_\_\_\_\_ Numero de Adultos en su hogar \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_

Nombre do esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Genero sexual: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero telefónico de día \_\_\_\_\_ Numero telefónico de noche \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

### Niños (dependientes legales de 18 años ó menor, ó de 23 años si en escuela por tiempo completo):

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

### Empleo

Esta actualmente trabajando?  Si  No Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Estudiantes

Estas inscrito en la escuela a horita?  Si  No  FT  PT

Nombre de escuela \_\_\_\_\_

Esta recibiendo ayuda financiera?  Si  No Cantidad \_\_\_\_\_

### Ingreso Mensual de Hogar

#### Ingreso Mensual Total del hogar (esta porción tiene que estar completa para poder procesar)

Cada cuando recibe su sueldo?  Mensual  Bi-Monthly  Cada 2 semanas  Semanalmente

Salario / sueldo: \_\_\_\_\_ Apoyo financiero/“child support”: \_\_\_\_\_

Rédito de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Desempleo \_\_\_\_\_

Propinas/Comision: \_\_\_\_\_ Apoyo financiero familiar/“Family Support”: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ **INGRESO TOTAL \$** \_\_\_\_\_

Cuanto puede usted pagar por el programa o membresía por la cual usted esta aplicando? \_\_\_\_\_

Por favor explique la razón por la cual debemos considerar su solicitud de ayuda financiera . Incluya circunstancias especiales. (Viles médicos, enfermedades, desempleo) \_\_\_\_\_

Yo afirmo, con me firma, que toda la información en esta forma es completa y verídica a me entender. Estoy de acuerdo en proveer la documentación requerida. Entiendo que la ayuda financiera es por tiempo corto y puede ser evaluada anualmente, a medio año ó mensual.

Firma de solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Le gustaría ser voluntario o compartir su testimonio?  Si  No