



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

## Solicitud de Asistencia Financiera

**La Misión del YMCA:** Poner los principios cristianos en práctica a través de programas que construyen un espíritu, mente y cuerpo saludable para todos.

**Nuestra Causa:** En la Y, el fortalecimiento de la comunidad es nuestra causa. Todos los días trabajamos lado a lado con nuestros vecinos para asegurarnos de que todos, sin importar su edad, ingresos o antecedentes, tengan la oportunidad de aprender y crecer.

**Quiénes Somos:** El Y es la organización sin ánimo de lucro más importante del país comprometida con el fortalecimiento de las comunidades a través del desarrollo juvenil, la vida saludable y la responsabilidad social.

- **Desarrollo de la Juventud - Cultivando el potencial de cada niño y adolescente.**

Nueve millones de jóvenes están adquiriendo un mayor interés en el aprendizaje; Hacer elecciones de vida más inteligentes; Y cultivar los valores, habilidades y relaciones que conducen a comportamientos positivos, la búsqueda de la educación superior y el logro de metas.

- **Vida sana - Mejorar la salud y el bienestar de la nación.** Millones de adultos y jóvenes reciben el apoyo, la orientación y los recursos necesarios para lograr una mejor salud y bienestar.

- **Responsabilidad Social - Regresar y brindar apoyo a nuestros vecinos.** En todo el país, la Y ayuda a las personas a devolver y ayudar a sus vecinos ofreciendo oportunidades para voluntarios, abogar y apoyar programas que fortalezcan la comunidad.

---

Este programa está diseñado para satisfacer mejor las necesidades de individuos y familias que podrían no ser capaces de pagar el precio completo de un programa Y basado en situaciones financieras. Este programa está destinado a ayudar a los necesitados mediante el ajuste de los honorarios basados en los ingresos del hogar.

La YMCA del Condado de San Joaquin es una organización de servicios sociales sin fines de lucro, comprometida a ayudar a la gente a crecer en espíritu, mente y cuerpo. El Y está aquí para servir a personas de todas las edades, antecedentes, habilidades e ingresos. El Y ofrece el programa de asistencia financiera porque somos una organización comunitaria y creemos que los programas y servicios deben estar disponibles para todos.

**YMCA of San Joaquin County**

2105 W. March Lane, Suite 1, Stockton CA 95207

Main Line: 209-472-9622 | Fax: 209-472-9625

[www.ymcasjc.org](http://www.ymcasjc.org)



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

**Aquí hay información importante que debe conocer**  
**Programa de asistencia financiera de la Y**

1. Espere entre dos y cuatro semanas para procesar su solicitud. Se notificará a las personas por teléfono si califican o no para recibir asistencia financiera.
2. Para que se procese cualquier solicitud de asistencia financiera, los individuos deben proporcionar una copia de toda la información solicitada junto con una prueba de todos los ingresos del hogar. Los documentos originales no serán devueltos, por favor asegúrese de traer una fotocopia.
3. El programa de asistencia financiera de YMCA otorgará un máximo de 30% de descuento en las tarifas del programa. Algunos servicios especializados están excluidos del programa de asistencia financiera.
4. La membresía de YMCA y las tarifas del programa deben pagarse en su totalidad antes de comenzar el programa.
5. Todas las solicitudes de asistencia financiera aceptadas vencen seis meses después de la aprobación.
6. Debe incluir información financiera actual cada vez que vuelva a aplicar.
7. Las tarifas del programa y la membresía están sujetas a aumento cuando vuelva a solicitar Asistencia financiera.
8. Todos los miembros de YMCA reciben los mismos beneficios de membresía independientemente de si están recibiendo asistencia o no.
9. La presentación de asistencia financiera no garantiza ni ocupa un lugar para ningún programa.

PARA PROCESAR SU SOLICITUD, NECESITAMOS COPIAS DE CUALQUIER ARTÍCULO A CONTINUACIÓN QUE SE APLICAN A SUS CIRCUNSTANCIAS FINANCIERAS:

- Los 1040's / W2's del año pasado
- Declaración de impuestos del año pasado.
- Últimos dos recibos de pago recientes
- Carta (s) de adjudicación para:
  - o Seguridad Social o Discapacidad
  - o Manutención de los hijos o pensión alimenticia
  - o SNAP
  - o TANF
  - o WIC
  - o Jubilación o Pensión
  - o Centro de recursos y referencias familiares
  - o Desempleo
- Documentación de todos y cada uno de los ingresos de su hogar.



# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

## INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre (de familia, nombre y apellido): \_\_\_\_\_  
 Dirección del domicilio (calle, código postal, ciudad): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia y número de teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: (Incluya a TODAS las personas en el hogar; su hogar incluye a los dependientes que reclama, o si lo reclama una persona, en sus declaraciones de impuestos federales)

Nombre	Apellido	Relación con el miembro	Fecha de nacimiento (mm/dd /aaaa)	Dirección de correo electrónico
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

## INFORMACION DE EMPLEO:

¿Está trabajando actualmente?  Sí  No  
 ¿Su cónyuge / pareja tiene empleo  Sí  No

**El nombre de la compañía:** \_\_\_\_\_  
**Posición:** \_\_\_\_\_  
**Dirección (calle, código postal y ciudad):** \_\_\_\_\_  
**Telefono de oficina:** \_\_\_\_\_  
**Duración del empleo:** \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años  
**Estado de empleo (círculo):**  Tiempo complete  Medio tiempo  
**Ingreso mensual:** \$ \_\_\_\_\_

**Nombre de la compañía del cónyuge / pareja:** \_\_\_\_\_  
**Posición:** \_\_\_\_\_  
**Dirección (calle, código postal y ciudad):** \_\_\_\_\_  
**Telefono de oficina:** \_\_\_\_\_  
**Duración del empleo:** \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años  
**Estado de empleo (círculo):**  Tiempo complete  Medio tiempo  
**Ingreso mensual:** \$ \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO FAMILIAR:**

**Ingresos**

- \$ \_\_\_\_\_ Ingreso mensual
- \$ \_\_\_\_\_ Ingreso mensual del cónyuge
- \$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos
- \$ \_\_\_\_\_ Asistencia del Gobierno
- \$ \_\_\_\_\_ Food Aide (EBT) del gobierno
- \$ \_\_\_\_\_ Desub
- \$ \_\_\_\_\_ Seguridad social
- \$ \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia
- \$ \_\_\_\_\_ Acciones / Inversiones / Jubilación
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ **Ingresos mensuales totales**

**Gastos**

- \$ \_\_\_\_\_ Hipoteca / Alquiler
- \$ \_\_\_\_\_ Préstamo para automóvil
- \$ \_\_\_\_\_ Utilidades
- \$ \_\_\_\_\_ Agua
- \$ \_\_\_\_\_ Cable
- \$ \_\_\_\_\_ Teléfono
- \$ \_\_\_\_\_ Manutención de menores / Pensión alimenticia
- \$ \_\_\_\_\_ Seguro médico
- \$ \_\_\_\_\_ Cuidado de niños
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ Otros:
- \$ \_\_\_\_\_ **Gastos mensuales totales**

¿Comparte los gastos con alguien más en su hogar?

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Eres estudiante de tiempo completo?

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha solicitado asistencia financiera?

No

Sí: \_\_\_\_\_

Solicito asistencia financiera para uno de los siguientes:

- Deportes juveniles: \_\_\_\_\_
- Programa Acuáticos: \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños: \_\_\_\_\_
- Antes / Después de la escuela: \_\_\_\_\_
- Campamentos: \_\_\_\_\_
- Programas para adolescentes: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

## DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Por favor describa su necesidad de asistencia financiera.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor, comparta cualquier información adicional que pueda tener relación con esta aplicación.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Entiendo que se me pedirá que presente uno de los siguientes documentos junto con mi solicitud:
  - o Declaraciones de impuestos del año pasado.
  - o W2
  - o Últimos dos recibos de sueldo
  - o Comprobante de pago del Seguro Social o Incapacidad (talones de la carta o cheque)
  - o Prueba de manutención infantil o pensión alimenticia
  - o Prueba de EBT o cupones de alimentos.
  - o Prueba de asistencia del gobierno
  - o Prueba de desempleo
  - o Prueba de jubilación / pensión
  - o Documentación de cualquier / todos los ingresos para su hogar.
- Entiendo que tendré que pagar una parte de las cuotas de membresía / programa que solicito.
- Entiendo que las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse 2 semanas antes de la fecha límite de inscripción.
- Entiendo que debo volver a solicitar asistencia financiera cada 6 meses
- **Confirmando que toda la información proporcionada en esta solicitud y los documentos adicionales que se le entregaron a la YMCA del Condado de San Joaquin son correctos, y cualquier tergiversación dará lugar a una disminución en la asistencia financiera.**

**Staff Use:** Scholarship Allocation: \_\_\_\_\_  
Date Entered into Daxko: \_\_\_\_\_  
Member ID#: \_\_\_\_\_  
Joined:  Yes  No  
Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Staff Initials: \_\_\_\_\_  
Type of income documentation included:  
CEO Approval: \_\_\_\_\_