

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

SUCURSAL (MARQUE UNA):

- East Hampton
 Family Services
 Glen Cove
 Great South Bay
 Huntington
 Patchogue/ Brookhaven

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono Particular

()

Teléfono Celular

()

Correo electrónico

Fecha de nacimiento:

Si el solicitante es menor de 18 años: Nombre del padre/de la madre o tutor legal:

3 SOLICITO:

MEMBRÍA

Marque la categoría para la que presenta la solicitud

- JOVEN
 ESTUDIANTE (14-22)
 ADULTO (18-61) INDIVIDUAL
 UN ADULTO + HIJO(S)*
 DOS ADULTOS + HIJO(S)*
 DOS ADULTOS (PAREJA)
 PERSONA DE LA TERCERA EDAD
 PAREJA DE LA TERCERA EDAD (62 AÑOS +)

PROGRAMA

NATACIÓN

DEPORTES

BAILE

MOVIMIENTO JUVENIL

GUARDERÍA: (especifique)

CAMPAMENTO: (especifique)

Solo para solicitantes de guardería y campamento de día. ¿Qué otras opciones de guardería tiene a su disposición?

¿Quién tiene la custodia del niño/los niños?

- Compartida
 Madre
 Padre
 Padre/madre adoptivo/a
 Tutor
 ¡Yo no tengo la custodia

¿Recibe pensión alimenticia?

- No
 Sí. En caso afirmativo \$ _____ por mes

Padre/madre/tutor n.º 1

- En casa
 Trabaja
 Estudia

Padre/madre/tutor n.º 2

- En casa
 Trabaja
 Estudia

2 TODAS LAS PERSONAS QUE INTEGRAN ESTE GRUPO FAMILIAR

Coloque una marca de verificación por cada miembro de la familia que solicita asistencia

Padre/madre/tutor/adulto Fecha de nacimiento

Padre/madre/tutor/adulto Fecha de nacimiento

Hijo Fecha de nacimiento

Hijo Fecha de nacimiento

Hijo Fecha de nacimiento

Hijo Fecha de nacimiento

Hijo Fecha de nacimiento

Otra(s) persona(s) a cargo Edad(es)

4 SUMINISTRE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS E INFORMACIÓN:

A. ¿PRESENTÓ LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES DEL AÑO PASADO?

SÍ, suministraré lo siguiente. (En caso negativo, pase a la próxima pregunta.)

- Formulario(s) de impuestos federales 1040 por todos los ingresos del grupo familiar
 Presenté una declaración conjunta; suministro UN SOLO formulario 1040
 Presentamos MÁS DE UN formulario de impuestos en nuestro grupo familiar; suministramos ___ formularios 1040.

INGRESOS ANUALES TOTALES: \$ _____

NO, NO PRESENTÉ UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES el año pasado. Sírvase suministrar:

- Documentos en los que figuren los ingresos de los últimos 90 días. Incluir comprobantes de pago o documentación de asistencia del gobierno.

B. SUMINISTRE DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE TODOS LOS ÍTEMS A CONTINUACIÓN QUE CORRESPONDAN.

Marque "N/C" si no corresponde a su caso

- Asistencia del gobierno (es decir, Departamento de Servicios Sociales (DSS), Seguro Social)
 Estado de cuenta hipotecario/contrato de alquiler
 Asistencia del seguro (es decir, discapacidad, Medicare/Medicaid)
 Otros ingresos (es decir, pensión alimenticia de menores; otros beneficios)

C. COMPLETE LA PLANILLA DE INGRESOS/GASTOS (página siguiente).

Copiar los totales de la planilla:

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

TOTAL DE GASTOS MENSUALES \$ _____

D. CUÉNTENOS MÁS. Adjunte una carta en la que detalle sus necesidades, y suministre cualquier información adicional que pueda ser relevante y/o explique cualquier circunstancia extraordinaria no incluida en esta solicitud. 1000 palabras como máximo.

5 FIRMA

Las becas se deben utilizar para el programa y el año del programa para los que fueron otorgadas. Se requiere renovación al final de cada período de adjudicación. Certifico que la información anterior es verdadera e íntegra a mi leal saber y entender, y que no tengo ingresos adicionales no declarados en el presente. Si es necesario, acepto suministrar información adicional y documentación que avalen las declaraciones anteriores. Entiendo que la asistencia financiera se basa en la necesidad. En el caso de que yo o mis hijos debamos cancelar nuestra participación, me comunicaré con YMCA inmediatamente para que la asistencia se pueda brindar a otras personas. Entiendo que si falsifico cualquiera de los datos anteriores, no tendré derecho a la asistencia ni ahora ni en el futuro.

Firma: _____

Fecha: _____

PLANILLA DE INGRESOS/GASTOS

Complementaria al Formulario de solicitud de beca

PLANILLA DE INGRESOS/GASTOS MENSUALES

INGRESOS MENSUALES

Sueldo bruto mensual (antes de impuestos)	\$
Sueldo mensual del cónyuge (antes de impuestos)	\$
Ingresos de negocios/ganancias de capital	\$
Indemnización por desempleo	\$
Asistencia por hijos a cargo	\$
Seguro Social	\$
Estampillas para alimentos	\$
Departamento de Servicios Sociales/Asistencia pública	\$
Seguro de discapacidad	\$
Pensión/fondos para la jubilación/anualidades	\$
Otros (explique)	\$
Otros (explique)	\$

GASTOS MENSUALES

Hipoteca/alquiler	\$
Combustible	\$
Automóvil/seguro	\$
Alimentación	\$
Servicios públicos	\$
Teléfono/celular	\$
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$
Gastos médicos	\$
Cable/Internet/televisión	\$
Préstamo estudiantil/gastos de escolaridad/tarjeta de crédito	\$
Guardería	\$
Otros (explique)	\$

FOR OFFICE USE

APPROVED: YES NO

YMCA _____%

JOIN TODAY FOR \$

STAFF NAME: _____

DATE _____

AWARD LETTER VALID FOR 30 DAYS. Payment plans are available. YMCA STAFF.

* Children can be on a family membership up to age 18, and up to 22 if they are a full-time student.
The YMCA of Long Island, Inc. reserves the right to request additional information at its discretion.