

- Apicante Primera vez
 Apicante Renovar

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA DE BECA

Date Received:

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____
Dirección: _____ **Num. Apto.** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Teléfono: _____ **¿Cuantos adultos en el hogar?** _____
Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Tipo de Membresía:

- Adulto Padre Soltero Joven Adulto (19-25yrs) Juventud (10-18yrs)
 Familia Anciano (60+) Pareja Anciano (dos adulto 60+)

Pido ayuda para el Cuidado de Niños:

- Centro Primeros Años (3-5años)
 Campo de Verano
 Antes/Después de Escuela (edad escolar)

Pido ayuda para Programas:

- Deportes Juvenil Clases de Natacion Preescolar
 Artes Marciales

Miembros de la Familia: debe aparecer como dependientes en la declaración de impuestos : (Favor de poner familia adicional detrás de esta hoja)

Nombre: _____ Apellido: _____ Cumpleaños _____ Relación _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Cumpleaños _____ Relación _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Cumpleaños _____ Relación _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Cumpleaños _____ Relación _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Cumpleaños _____ Relación _____

Ingresos:

\$ _____ Ingreso Mensual-1^{er} Adulto
 \$ _____ Ingreso Mensual-2^{do} Adulto
 \$ _____ Manutención de Niños
 \$ _____ Ayuda a Niños Dependientes
 \$ _____ Programa Welfare (precente una copia)
 \$ _____ Estampillas para Alimentos
 \$ _____ Desempleo
 \$ _____ Seguro Social/SSI Incapacidad
 \$ _____ Retiro/Pensión
 \$ _____ Pension Alimenticia
 \$ _____ Otro: _____

Gastos:

\$ _____ Renta/Hipoteca (circule uno)
 \$ _____ Prestamo de Auto
 \$ _____ Utilidades
 \$ _____ Teléfono
 \$ _____ Manutención de Niños
 \$ _____ Medical
 \$ _____ Cuidado de Niños
 \$ _____ Otro: _____

\$ _____ **Total de Ingresos Mensuales** \$ _____ **Total de Gastos Mensuales**

\$ _____ **Ingreso Anual del Hogar**

For Official Use Only:

Required Documentation Checklist:

_____ **Federal tax return**
 (Form 1040. If you do not have a copy, please call 800-829-1040 for a duplicate.)

_____ **2 Current Pay Stubs**

_____ **Other documentation**

_____ **Personal Letter**

YMCA Staff:

Yo certifico que esta informacion representa exactamente mis ingresos total del hogar, y que no tengo ingresos adicionales que no representan arriba. Comprendo que sere pedido proporcionar prueba de ingresos y que la administracion puede revocar el co-pago y requerirme a pagar por complete el pago mensual.

Imprima Nombre: _____ Fecha: _____

Firma de Apicante: _____

For Official Use Only:

Type of Membership	Membership %	Childcare %	Program%
	Expires:	Expires:	Expires:

Misión: Para poner en práctica los principios cristianos a través de programas que desarrollan espíritu, mente y cuerpo saludables para todos.