



**FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

Let Us Help! YMCA Financial Assistance Application

Applications will be processed after all of the information is submitted, and the application is filled out completely.

Last Name _____ First Name _____ Birth Date (mm/dd/yyyy) _____
 Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
 Primary Phone _____ Alternate Phone _____ E-mail _____

Employment Information

Employer _____ Work Phone _____ Position _____
 Length of Employment _____ Type of Employment: Part Time Full Time Occasional

Tax Information

All applicants must provide a copy of their most recent **Federal Income Tax Return** (form 1040, 1040A, etc.) for all adults in the household. W-2s are not accepted. If you do not have a copy of your return, you can obtain one by calling the IRS at (800) 829-1040 or by visiting www.irs.gov.

- I have included my most recently filed Federal income tax return.
- I am self-employed or own a business and have included my Schedule C tax form in addition to my 1040 form.
- I did not file taxes. Please explain _____
- Other. Please explain _____

Income Worksheet

No. of Immediate Family in Household	_____
Annual Income (verified by taxes)	\$ _____
Aid for Children	\$ _____
SNAP	\$ _____
Child Support	\$ _____
Social Security Compensation	\$ _____
Other	\$ _____
Total Annual Income (Household)	\$ _____

What benefits do you see in having membership assistance to join the YMCA as a member or program participant?

Are there any extenuating circumstances that you would like to share (excessive medical expenses, unemployment, etc.?)

I am requesting assistance from the YMCA due to my personal circumstances, and I verify that all information submitted is correct, complete and accurate. If my situation changes, I agree to notify the YMCA within 30 days. If I submit false or inaccurate information, or fail to notify the YMCA of a change within 30 days, I may be terminated from the membership assistance program. **I understand that my assistance will be effective until May**, and I will be notified when it is time to reapply. If I don't reapply, my assistance will terminate and I will be charged the full membership price, unless I cancel my membership.

Applicant's Signature _____ Date _____

For Office Use

BRANCH NAME	MEMBERSHIP %	PROGRAM %	STAFF MEMBER	DATE APPROVED	APPROVED BY
_____	_____	_____	_____	_____	_____



**POR EL DESARROLLO DE NIÑOS Y JÓVENES
POR UNA VIDA SALUDABLE
POR RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Déjenos Ayudar! Solicitud de Asistencia Financiera

Aplicaciones serán procesadas después de que toda la información sea entregada y la aplicación llenada por completo.

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento (mes,dia,año) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Alternativo _____ Correo Electrónico _____

Información de Empleo

Empleador _____ Teléfono de Empleador _____ Posición _____

Duración en Empleo _____ Tipo de Empleo: Part Time Full Time Ocasional

Información de Impuestos

Todos quien solicitan asistencia financiera deben presentar un copia de su **Declaración de Impuestos Federales** (Federal Income Tax Return) por cada adulto en el hogar. No se aceptan los W-2s. Si no tiene una copia de su declaración de impuestos, puede obtener una copia llamando al IRS. El Numero es (800) 829-1040 o puede entrar al sitio www.irs.gov.

- Eh incluido mi declaración de impuestos mas reciente.
- Trabajo por mi propia cuenta o soy dueño de mi propio negocio y eh incluido formulario de impuestos del anexo C junto a mi formulario 1040.
- No reporte ingresos. Por favor explique _____
- Otros motivos. Por favor explique _____

Oja de Ingresos

No. de Familia inmediata en el hogar _____
 Ingresos Anuales \$ _____
 Ayuda Financiera para Niños \$ _____
 SNAP (estampillas para la comida) \$ _____
 Child Support (Mantenimiento de Niños) \$ _____
 Compensación de Seguro Social \$ _____
 Otras Financias \$ _____
 El Ingreso Total Anual (del hogar) \$ _____

Qué beneficios ve usted con la asistencia de membresía para unirse a la YMCA como miembro o participante del programa?

¿Hay circunstancias atenuantes que le gustaría compartir (gastos médicos excesivos, desempleo, etc.?)

Estoy solicitando asistencia de la YMCA debido a mis circunstancias personales, y verifico que toda la información presentada es correcta, completa y precisa. Si mi situación cambia, acepto notificar a la YMCA dentro de 30 días. Si presento información falsa o inexacta, o si no comunico a la YMCA un cambio dentro de los 30 días, puedo ser terminado del programa de asistencia para la membresía. **Entiendo que mi asistencia será efectiva hasta Mayo**, y seré notificado cuando sea el momento de volver a solicitarlo. Si no vuelvo a solicitar, mi asistencia se cancelará y se me cobrará el precio de membresía completo, a menos que cancele mi membresía.

Firma del Apicante _____ Fecha _____

Para uso de la oficina (no escriba en esta parte)

BRANCH NAME MEMBERSHIP % PROGRAM % STAFF MEMBER DATE APPROVED APPROVED BY
