



PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Ingreso anual bruto \_\_\_\_\_
Número total de miembros en el hogar \_\_\_\_\_ % de Aprobación F.A. \_\_\_\_\_
Fecha de aprobación \_\_\_\_\_ Aprobado por \_\_\_\_\_
Fecha de contacto del solicitante \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

REGRESANDO ALGO Y APOYANDO A NUESTROS VECINOS
Ayuda económica para usted y para su familia

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Form with fields: Nombre, Domicilio de su casa, Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono casa, Fecha de nacimiento (mm/dd/aa), Correo electrónico, Sí es un niño (es menor de 18): nombre de padre/madre o tutor legal

2 TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR
Coloque una [X] marca para cada miembro de la familia solicitando ayuda

Table with columns for family member type (Padre/madre/Adulto, Niño, Otro(s) dependiente(s)), status (Empleador, Fecha de nacimiento, Edad(es)), and a radio button for selection.

3 ¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO AYUDA ECONÓMICA DE YMCA?

[X] No [ ] Sí Si contestó sí, ¿cuando? \_\_\_\_\_ ¿Sucursal? \_\_\_\_\_

4 ESTA ES UNA SOLICITUD DE:

- [ ] Membresía
[ ] Joven, 15 años de edad o menor
[ ] Adolescente/Adulto joven, edades 16-24
[ ] Adulto, Edad 25+
[ ] Un Adulto + Niño(s)
[ ] Dos adultos + Niño(s)
[ ] Dos adultos/Pareja
[ ] Cuidado infantil\* [ ] Campamento\* [ ] Otro

\*ÚNICAMENTE PARA CUIDADO INFANTIL/CAMPAMENTO

Form with fields: ¿Qué otras opciones de cuidado infantil están disponibles para usted?, Custodia del Niño (ÚNICA, CONJUNTA, PADRES ADOPTIVOS, NO TENGO CUSTODIA), Nombre Padre/madre #1, Empleado, Puesto/título, Teléfono, Nombre Padre/madre #2, Empleado, Puesto/título, Teléfono

**5 HOGAR – INGRESO MENSUAL**

Sírvase llenar los cuadros con todos los recursos financieros que usted y/o su familia reciben en base **mensual**. La documentación debe de anexarse o la solicitud le será devuelta.

	Adulto #1	Adulto #2	Niños	INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR
Sueldos brutos totales				
Manutención de hijos				
Ayuda para hijos dependientes (ADC)				
Ingreso por Seguro Social				
Discapacidad del Seguro Social				
Desempleo				
Pensión alimenticia				
Jubilación				
Pensión				
Valor mensual de estampillas para alimentos				
HUD (Sección 8)				
Otra ayuda (subsido para cuidado infantil, ayuda federal/estatal, ayuda médica, etc.)				
<b>Ingreso mensual total</b>				
<b>Ingreso anual total</b> (Ingreso mensual total x 12)				

**6 HOGAR – GASTO MENSUAL**

Sírvase llenar los cuadros con todos los gastos financieros en los que usted incurre.

	GASTOS MENSUALES TOTALES DEL HOGAR
Renta/hipoteca	
Alimentos	
Teléfono	
Servicios públicos	
Pago de vehículo	
Gastos médicos	
Otros	
<b>Anote gastos mensuales totales</b>	
<b>Anote gastos anuales totales</b>	

**7 ¿CUÁNTO PUEDE USTED PAGAR AL MES POR:**

- Membresía? \_\_\_\_\_
- Cuidado infantil? \_\_\_\_\_
- Programa? \_\_\_\_\_

**Si usted tiene preguntas o si requiere de aclaración adicional respecto al proceso de solicitud, sírvase hablar con nuestro Director de Membresía. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial.**

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:**

- 1040 - DECLARACIÓN DE IMPUESTOS
- 2 RECIBOS ACTUALES DE SUELDO
- DOCUMENTO DE DISCAPACIDAD
- DOCUMENTO DEL SEGURO DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)

**8 INFORMACIÓN ADICIONAL**  
Yo necesito ayuda económica de YMCA debido a que:

---



---



---



---



---



---



---

Por favor use esta sección para proporcionar cualquier otra información o circunstancias atenuantes que usted sienta que no fueron incluidas en esta solicitud. Si usted necesita más espacio, anexe una hoja adicional al formato. Se le podrá pedir que incluya una carta por separado, si es necesario.

**SI NECESITA CONTINUAR RECIBIENDO AYUDA, ESTA SOLICITUD DEBE RENOVARSE CADA 12 MESES.**

Certifico que la información arriba mencionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y que yo no tengo ingresos adicionales no declarados arriba. Convengo, si es necesario, en enviar información adicional y documentación para apoyar la información arriba mencionada. Entiendo que la ayuda económica se base en la necesidad. En caso de que yo, o mis hijos, tengamos que cancelar mi/nuestra participación, me pondré en contacto inmediatamente con YMCA para que la ayuda económica pueda ser proporcionada a otras personas. Entiendo que si falsifico alguna información arriba mencionada, yo no tendré derecho para obtener ayuda ahora ni/o en el futuro.

**9**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona llenando este formato

\_\_\_\_\_  
Fecha

Presente el formato llenado y los documentos solicitados a su sucursal de la YMCA.

**YMCA del Condado de San Diego está dedicada a mejorar la calidad de la vida humana y de ayudar a todas las personas a desarrollar su pleno potencial como hijos de Dios a través del desarrollo de su espíritu, su mente y su cuerpo.**