

BECAS

FORMULARIO DE APLICACIÓN



SELECCIONE EL TIPO DE MEMBRESÍA:

INDIVIDUO JOVEN INDIVIDUAL DOBLE CASA

SERVICIOS SOLICITADOS DE YMCA: MEMBRESÍA CAMPAMENTO CUIDADO DE NIÑOS PROGRAMAS / DEPORTES

1. INFORMACIÓN DEL CONTACTO

NOMBRE DEL CONTACTO PRINCIPAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: ___ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. INFORMACIÓN DEL HOGAR (INCLUYE A TODOS LOS QUE VIVEN EN SU CASA)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTUDIANTE	BENEFICIARIO DE ASISTENCIA	EMPLEADOR	RELACIÓN
_____	___ / ___ / ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	___ / ___ / ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	___ / ___ / ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	___ / ___ / ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	___ / ___ / ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

3. INGRESOS DEL HOGAR (INCLUYE ESPOSO/A Y DEPENDIENTES VIVIENDO EN SU CASA)

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	PARA USTED	PARA ESPOSO(A)	PARA OTRO(S)	SUBTOTAL
SALARIOS ANTES DE IMPUESTOS, SUELDOS Y PROPINAS				\$
SEGURO SOCIAL Y PENSIONES				\$
MANUTENCIÓN Y PENSIÓN ALIMENTICIA DE HIJOS				\$
TRABAJADOR INDEPENDIENTE / OTRO				\$
TOTAL DE INGRESOS EN EL HOGAR DURANTE EL AÑO PASADO:				\$

Lista de verificación de la solicitud

Todos los documentos abajo requeridos son necesarios para procesar esta solicitud.

- Solicitud llena y firmada
- Copia de licencia de manejo o identificación con fotografía válidas
- Comprobante de ingresos (uno de los siguientes)
- Declaración de ingresos más reciente o W2
 - Últimos dos talones de pago por cada uno de los adultos en el hogar que trabajan
 - Declaración de Prestaciones por Desempleo
 - Seguro Social Actual/Certificado de Discapacidad

*Membresías familiares incluyen a las personas que residen en el mismo hogar, ya sea como: esposo(a) o compañero(a) de vida; hijos hasta los 24 años de edad

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde tengo conocimiento. Estoy de acuerdo en informar inmediatamente a sobre cualquier cambio en los ingresos o el tamaño de la familia.

Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta podría poner en riesgo mi asistencia financiera.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA: ___ / ___ / ___