PARA EL DESARROLLO JUVENIL
PARA UNA VIDA SALUDABLE
PARA LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

BIENVENIDOS TODOS

Solicitud de Membresía Para Todos, Cuidado Infantil y Asistencia para Programas

LA ESENCIA DEL Y

Con el compromiso de fomentar el potencial de los niños, promover una vida saludable y cultivar el sentido de responsabilidad social, el YMCA de la Comunidad de Waushara garantiza que todas las personas tengan acceso a lo esencial para aprender, crecer y prosperar.

TODOS SON BIENVENIDOS

El YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que a nadie se le debe negar el acceso al Y por su capacidad de pagar la cuota completa. A través de nuestro Programa de Asistencia Financiera, el YMCA de la Comunidad de Waushara brinda asistencia.

COMPROMETIDOS CON NUESTRA COMUNIDAD

El monto de la asistencia lo determina el YMCA de manera justa y uniforme. Todos los miembros del YMCA reciben los mismos beneficios de membresía y servicios de programas, sin importar si reciben asistencia o no. Los miembros del YMCA pueden sentirse seguros de que forman parte de una organización que se preocupa profundamente por el bienestar de todas las personas y que está comprometida con el desarrollo juvenil.



La Membresía y el Programa Para Todos reducen las cuotas; no las eliminan.

El YMCA de la Comunidad de Waushara solicita que las personas y familias vuelvan a presentar su solicitud cada 6 meses con documentación actualizada.

Las cuotas de membresía y de programas están sujetas a cambios.

Si no vuelve a presentar su solicitud en el momento indicado, su membresía y la asistencia vencerán. Por favor comuníquese con el YMCA de la Comunidad de Waushara.

Membresía Para Todos

YMCA de la Comunidad de Waushara

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Calle: _____ **Apt.:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono principal: _____ **Teléfono celular:** _____ **Proveedor del celular:** _____

PROGRAMA(S) EN LOS QUE SE USARÁ LA BECA

_____ Membresía _____ Programa _____ Great Escape/Cuidado Infantil _____ Campamento de Verano

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Empleador: _____ **Tiempo en el empleo:** _____ **Ingreso anual:** _____

Empleador: _____ **Tiempo en el empleo:** _____ **Ingreso anual:** _____

Otras fuentes de ingreso incluyen: pensión alimenticia, manutención de menores, programa de alimentos, ayudas económicas, becas, pensión, seguro social o discapacidad. ***Se requiere documentación que verifique los ingresos***

Díganos cuánto cree que podría pagar por el programa al que está aplicando:

***Otra fuente de ingreso:** _____ **Monto:** _____

***Otra fuente de ingreso:** _____ **Monto:** _____

VERIFICACIÓN

Certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que se requiere verificación para la aprobación. También entiendo que esta solicitud puede ser vista por otros empleados del YMCA como parte del proceso de decisión. Acepto que, si mi situación financiera cambia, notificaré al YMCA de inmediato sobre dicho cambio. La verificación de ingresos es obligatoria. Al firmar a continuación, acepto que soy responsable de volver a solicitar la beca al final del período vigente de la beca, con un mínimo de tres meses y un máximo de un año.

_____ **¡Sí! Me interesa promover el YMCA compartiendo mi historia en el Y. (Marque si le interesa)**

Firma: _____ **Fecha:** _____

ID de miembro: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Tipo de verificación de ingresos: _____

% de beca: Membresía: _____ **Programas:** _____ **Cuidado infantil:** _____ **Campamentos de verano:** _____

MEMBRESÍA DEL YMCA

Fecha: _____

Tipo de membresía: _____

Porcentaje otorgado: _____

Monto de responsabilidad del miembro: _____

Duración de la membresía: **6 meses** _____ **12 meses** _____

Opciones de pago:

Pago completo _____

Débito bancario _____

CUIDADO INFANTIL DEL YMCA

Fecha: _____

Aprobado _____ **No aprobado** _____ **Personal:** _____

Área(s) de cuidado infantil: _____

% de responsabilidad de los padres: _____

% de responsabilidad del YMCA: _____

Monto del pago $ _____

La asistencia vence el: _____

Notas:

_____

_____

_____

_____

_____

HOJA DE GASTOS MENSUALES

Este formulario solo debe llenarse si la solicitud es para cuidado infantil u otros programas de campamento.

Vivienda

Hipoteca/Renta _____

Otro _____

Servicios públicos

Gas/Electricidad _____

Agua _____

Lavandería _____

Teléfono/Celular _____

Internet _____

Cable/Dish _____

Otro _____

Cuidado personal

Farmacia _____

Artículos de aseo _____

Otro _____

Alimentos

Comestibles _____

Otro _____

Varios

Ahorros _____

Días festivos _____

Educación _____

Regalos _____

Otro _____

Transporte

Préstamo/Arrendamiento del auto _____

Gasolina _____

Otro _____

Seguros

Hogar/Inquilino _____

Auto _____

Salud _____

Dental _____

Discapacidad _____

Vida _____

Otro _____

Pagos de préstamos

Tarjetas de crédito _____

Educativo _____

Otro _____

Cuidado familiar

Guardería _____

Médico _____

Otro _____

Para ser llenado por el personal

Ingreso total _____

Gastos totales _____

Sobrante/Faltante _____