



## INGRESO MENSUAL DEL HOGAR

### Incluya todas las formas de ingresos en los totales:

1. Su ingreso mensual total bruto \$ .....
2. Adulto secundario ingresos mensual total bruto \$ .....
3. Ingresos de otros adultos en hogar mensuales total bruto (total de todo los adultos mensuales) \$ .....
- Ingresos Total Mensual del hogar** \$ .....
- Ingreso bruto anual total (Mensual x12)** \$ .....

## CONFIRMACIÓN DE INGRESOS

Favor de traer uno de los siguientes documentos en el momento de su aplicación o dentro de 14 días de la aprobación. Si no se ha completado la verificación durante este tiempo se dará por terminado. Nota: La Y no retendrá estos documentos, no es necesario traer copias.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TANIF                                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad declaración de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Últimos 2 recibos de sueldo de 2 meses | <input type="checkbox"/> Copia del cheque de seguro social      |
| <input type="checkbox"/> IRS Form 1040 or 1040EZ                | <input type="checkbox"/> Declaración de pensión de retiro       |
| <input type="checkbox"/> Self-employed IRS Schedule C           |   |
| <input type="checkbox"/> Desempleo declaración de beneficios    |   |

¿Hay otros factores que debemos tomar en cuenta en la evaluación de su necesidad de ayuda?

.....

.....

.....

### Formas de sueldo (Marque todas las que aplican):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo pagado            | <input type="checkbox"/> Desempleo pagado    |
| <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad             | <input type="checkbox"/> Seguro Social       |
| <input type="checkbox"/> Pensión de retiro        |  |

### Fuentes de apoyo del condado / gobierno:

- ¿Su niño califica para almuerzo gratis o reducido?  Sí  No
- ¿Recibes algún tipo de beneficio público? (Cal Fresh, Housing, 3rd Party Payer, etc.)  Sí  No
- ¿Actualmente tienes hijos adoptivos?  Sí  No

El precio completo de su categoría de membresía es \$ ..... ¿Cuánto puede pagar? \$ .....

## RECONOCIMIENTO

Reconozco por mi firma, que toda la información en este formulario esta corecta y completa. Estoy de acuerdo en entregar documentación adicional para verificar la necesidad, si es necesario. Reconozco que, si se aprueba, mi asistencia financiera es válida durante 12 meses a partir de la fecha de inscripción (para membresía) o es válida para la duración de la sesión del programa (cuidado infantil o campamento de día). Reconozco que soy responsable de presentar mi solicitud de renovación 30 días antes de mi fecha de vencimiento. Si no renuevo mi solicitud, mis cobros volverán al precio completo. Estoy consciente de que los pagos tienen que estar a tiempo para mantener la inscripción en el programa. Reconozco que es mi responsabilidad notificar a la YMCA cuando sea el momento para solicitar ayuda financiera. Reconozco que cada aplicación es revisada y aprobada de forma independiente. Si hay cambios en mis ingresos, notificaré a la YMCA.

X

.....

Firma

Fecha

Su firma indica que usted entiende las políticas y procedimientos de la membresía de la YMCA para todos los programas.

## FOR STAFF USE ONLY

Branch: CC CN EC EPA EV MM NW PA SEQ SW SV (Circle one)

Membership Category: .....  Date Income Verified .....

Program Category: .....  Expiration Date .....

% Approved: ..... \$ Approved: ..... \$ Member Pays: .....

Staff Name: ..... Signature: .....

Supervisor Name or Second Approver: ..... Signature: .....