

Last: _____ First Initial: _____ Member #: _____



Formulario de Asistencia Financiera 2026

F.A. Award: _____
Date Approved: _____

El YMCA es para todos, sin importar dónde viva o cuál sea su capacidad de pago. Se ofrece asistencia financiera a los miembros del YMCA mediante un sistema basado en la necesidad económica. Estos fondos son recaudados anualmente por voluntarios y personal del YMCA a través de campañas de recaudación cada año. La asistencia financiera debe renovarse anualmente en la fecha de aniversario de la solicitud original. El YMCA le notificará cuando sea el momento de volver a solicitarla. Es responsabilidad del solicitante presentar una nueva solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación para continuar recibiendo asistencia.

Por favor, confirme que cuenta con los siguientes documentos antes de presentar su solicitud de asistencia financiera. Las solicitudes incompletas retrasarán nuestra capacidad para atenderle de manera oportuna.

1. Formulario de Asistencia Financiera debidamente completado.
2. Copia del comprobante de pago más reciente del año en curso de cada miembro adulto del hogar que esté empleado. Si trabaja por cuenta propia, incluya también sus estados financieros mensuales (Estado de Pérdidas y Ganancias y Balance General). **O**
3. Copia de su declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040).
4. Carta explicando su situación económica y la razón por la que solicita asistencia financiera.

Adulto Principal

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono Móvil	Correo electrónico	

Número de adultos en el hogar: _____

Número de niños dependientes en el hogar: _____ (menor de 23 años de edad)

Ingresos

Ingreso bruto mensual del hogar: \$ _____

Otros ingresos mensuales: \$ _____

(incluya asistencia pública, manutención de menores, etc. : _____)

Ingreso total mensual del hogar: \$ _____

Gastos

Hipoteca/Renta: \$ _____

Servicios Públicos/Utilidades: \$ _____

Alimentación : \$ _____

Gastos Medicos: \$ _____

Préstamos Estudiantiles: \$ _____

Manutención de Menores/Pensión: \$ _____

Otros Gastos: \$ _____

Total de Gastos Mensuales: \$ _____

Por favor, indique el tipo de membresía o programa para el que solicita asistencia financiera: _____

¿Cuánto considera que puede contribuir mensualmente al costo de su membresía o programa? _____

Yo/Nosotros declaramos que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según nuestro leal saber y entender. Entendemos que el YMCA se reserva el derecho de verificar los ingresos brutos de nuestro hogar y que debemos notificar al YMCA cualquier cambio en nuestro estado de membresía o situación financiera. Asimismo, declaramos que nuestra solicitud de asistencia financiera está basada en una necesidad económica legítima y entendemos que dicha necesidad podrá ser reevaluada por el YMCA en cualquier momento. Autorizo/autorizamos a empleadores y otras fuentes de ingresos a proporcionar información financiera al YMCA para fines de verificación. Toda la información recibida será tratada de manera confidencial.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Received by YMCA staff: _____ (print name) **Date:** _____