



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

# UNIDOS PODEMOS MEJORARNOS

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### ELEGIBILIDAD

La elegibilidad está determinada por los ingresos del hogar y el número de dependientes calificados. La asistencia se considerará en base a la necesidad financiera. Todas las tarifas se mantendrán confidenciales, por las circunstancias individuales y familiares.

Creemos que se desarrolla un fuerte sentido de pertenencia y orgullo si el miembro de asistencia financiera contribuye al costo de su participación. Por lo tanto, todos los solicitantes deberán pagar una parte de las cuotas de membresía. Las becas del programa requieren un pago de la membresía completa.

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Cada solicitud y circunstancia se revisa independientemente. Si usted considera que hay circunstancias específicas que pueden ser un factor en esta decisión, puede proporcionar su explicación por escrito y cualquier documentación de respaldo con esta solicitud. Con el fin de evaluar con mayor precisión cada situación, y para garantizar que estamos brindando asistencia a las personas que más lo necesitan, podemos solicitar documentación adicional para respaldar su solicitud.

**\* NOTA:** Si no tiene una copia de su declaración de impuestos, puede obtener una llamando al Servicio de Impuestos Internos al 1-800-829-1040. Si no presentó impuestos el año pasado, o si no tiene los otros documentos requeridos, explique su situación personal en el formulario de solicitud.

### CÓMO APLICAR

Las solicitudes están disponibles en cualquier ubicación de YMCA del sur de Nevada o en línea en [lasvegaymca.org](http://lasvegaymca.org). Para enviar su solicitud completa:

1. Completar la solicitud minuciosamente y con precisión.
2. Adjunte una copia de su última declaración de impuestos.
3. Si es aplicable, adjunte los siguientes documentos para cada adulto en el hogar. Por favor no envíe documentos originales, solo copias. Todos los documentos serán triturado después de la aprobación.
  - Dos recibos de pago más recientes
  - Documentación de seguridad social o discapacidad
  - Documentación de otros ingresos subsidiados (cupones de alimentos, subsidio de alquiler)
  - Copia de manutención de los hijos / pensión alimenticia
  - Certificado de nacimiento de su hijo / hijos
4. Además de esta lista, se puede solicitar adicional documentación o información para la consideración de la solicitud.
5. No proporcionar la documentación requerida / solicitada puede retrasar o anular su solicitud.
6. Devuelva su solicitud completa y documentación a su YMCA local del sur de Nevada.

## LAS APLICACIONES PUEDEN TARDAR HASTA 2 SEMANAS PARA APROBARSE

La comunicación sobre la solicitud y aprobación de YFA se le enviará por correo electrónico.

**Bill & Lillie Heinrich YMCA**  
4141 Meadows Lane  
Las Vegas, NV 89107  
702.877.9622

**Durango Hills YMCA**  
3521 N Durango Drive  
Las Vegas, NV 89129  
702.240.9622

**Centennial Hills YMCA**  
6601 N Buffalo Drive  
Las Vegas, NV 89131  
702.478.9622

**SkyView YMCA**  
3050 E Centennial Pkwy  
North Las Vegas, NV 89081  
702.522.7500

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Las solicitudes deben llenarse por completo. Imprima claramente e incluya toda la documentación requerida mencionada en la página anterior.

**ESTOY APPLICANDO PARA:**  MEMBRESIA  PROGRAMAS  PREESCOLAR  SAGE COLLEGIATE POSTERIOR PREESCOLAR

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		INFORMACIÓN DE LOS OTROS ADULTOS EN EL HOGAR	
NOMBRE		NOMBRE	
DOMICILIO		DOMICILIO	
CIUDAD & CÓDIGO POSTAL		CIUDAD & CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO		TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO		CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO ALTERNATIVO		TELÉFONO ALTERNATIVO	

## ESTADO CIVIL

CASADO  SOLTERO  SOLTERO, CABEZA DE FAMILIA  OTRO

Enlista a todas las personas que viven en el hogar (incluyendo a usted mismo, otros adultos, y niños). Puede que algunos residentes del hogar no sean elegibles para asistencia financiera.

NOMBRE (Primer, Apellido)	ESCUELA/ EMPLEADOR	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO
INGRESOS BRUTOS	SOLICITANTE	CON QUÉ FRECUENCIA	OTROS ADULTOS	CON QUÉ FRECUENCIA
Empleo / Salarios				
Manutención de los niños				
Pensión Alimenticia				
Desempleo				
Cupones de Alimentos (SNAP)				
AFDC (Ayuda a familias con hijos dependientes)				
Beneficios de Seguro Social				
Apoyo parental				
Subsidio de vivienda				
Compensación por accidente de trabajo				
Otro				

Por favor presente prueba de todos los ingresos mencionados en la parte anterior con esta solicitud. La solicitud continúa en la siguiente página.

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Las solicitudes deben llenarse por completo. Imprima claramente e incluya toda la documentación requerida mencionada en la página anterior.

Por favor explique si no puede proporcionar documentación de los ingresos de su hogar:

Enlista cualquier circunstancia especial que pueda afectar sus razones para solicitar ayuda. Se puede requerir más información si el formulario está incompleto:

## ESTAS CONDICIONES DEBEN SEGUIRSE PARA RECIBIR ASISTENCIA:

- Una vez que se le otorgan los fondos, tiene 30 días para aceptar los beneficios.
- Si su pago resulta en fondos insuficientes (NSF), se le asignará el tiempo apropiado para rectificar el pago. Si no se realiza el pago, se lo retirará de todos los programas Y. Una devolución de \$ 30 se aplicará a todos los borradores fallidos.

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta al mayor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en informar al Y inmediatamente de cualquier cambio en mis ingresos o tamaño de familia. Entiendo que La información falsa o la falta de notificar cualquier cambio podría comprometer mi asistencia financiera.**

Entiendo que la asistencia financiera depende de la disponibilidad de fondos, que se proporcionan a él Y a través de donaciones comunitarias. Las becas nunca se otorgan al 100%.

Entiendo que la participación continua no es automática y que el Y se reserva el derecho de rechazar la asistencia a cualquier solicitante.

Estoy de acuerdo en seguir todas las pautas enlistadas en esta solicitud y entiendo que si no lo hago, podría perder mis fondos.

**X** Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su firma indica que ha leído y comprende las políticas y principios del Programa de Y Asistencia Financiera .