

Aplicacion para Asistencia Financiera



Es política de la YWCA de High Point, Inc. ofrecer membresía y participación en el programa a todas las personas que deseen experimentar los servicios que cambian la vida proporcionados a través de nuestra organización. Las personas que no pueden pagar la membresía estándar y las tarifas del programa pueden recibir asistencia financiera en función de sus ingresos y su capacidad de pago demostrada. Los recursos disponibles pueden limitar la asistencia en el momento en que se procesa la solicitud.

Solicitar ayuda financiera es completamente confidencial.

Office Use Only	
Date Received:	___/___/___
Last Name:	_____
Date Notified:	___/___/___ Membership ___
Participant cost:	___ Scholarship amt: ___
Next Review Date:	___

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Aplicacion ____/____/____ ()
Direccion	Ciudad/Estado/Codigo Postal	Numero Telefonico	
Fecha de Nacimiento	____/____/____	Email:	_____

Esta es su primera aplicacion de asistencia financiera en el YWCA High Point? Si No

Es usted un miembro actual en el YWCA? Si No

Solicito ayuda para lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Aquatics & Wellness	<input type="checkbox"/> ASC/Summer Camp
<input type="checkbox"/> Membresia	<input type="checkbox"/> Otro _____

Nombres de las personas para las que esta solicitando:

Si esta aplicando para asistencia de membresia por favor indique la categoria para cual aplica: **(escoja solo una)*:**

<input type="checkbox"/> 1 Niño (3-12 años)	<input type="checkbox"/> 1 Adulto y dependes
<input type="checkbox"/> 1 Joven (13-17 años)	<input type="checkbox"/> 2 Adultos
<input type="checkbox"/> 1 Joven Adulto/Estudiante Universitario (18-25 años)	<input type="checkbox"/> 2 Adultos y dependes
<input type="checkbox"/> 1 Adulto (26-64 años)	<input type="checkbox"/> 1 Adulto Mayor (65 & mas)

Etnia para propósitos de United Way:

<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Negro
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro

* Si es un miembro activo y necesita agregar o eliminar adultos o dependientes que figuran en su membresia, complete un Formulario de cambio de informacion de membresia y envíelo junto con esta solicitud

DOCUMENTACION DE INGRESOS REQUERIDA

Los siguientes documentos deben adjuntarse a todas las solicitudes sin excepcion. **No se aceptaran originales.** Deben proporcionarse copias. No se devolveran los documentos. Por favor no incluya numeros de seguro social antes de enviar la informacion.

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN PROPORCIONAR:

DECLARACION DE IMPUESTOS

- **Declaracion de Impuestos del Año Actual, Forma 1040 o 1040EZ**, según lo presentado ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS), si trabaja por cuenta propia agregue Schedule C.
 - o el IRS se puede contactar al 1-800-829-1040
- Últimas W2's de todos los lugares de trabajo por cada asalariado
- Si trabaja por cuenta propia agregue la linea 9 (gastos de carro/camioneta) y la Linea 30 (gastos de oficina en casa) a la Linea 37 – total gross income.

TODO LO SIGUIENTE QUE SE APLICA

- Dos (2) talones de pago consecutivos para CADA asalariado, mostrando ingresos brutos y netos
 - o Si no tiene talones de pago disponibles, proporcione una carta de empleo que especifique el salario bruto, firmado y fechado por el empleador en papel con membrete de la empresa
- Documentacion de los siguientes beneficios:
 - o Social Security, desempleo, discapacidad, jubilacion, pensión, Welfare, Food Stamps, Section 8, TANF (Temporary Assistance to Needy Families)
- Forma W7 según lo establecido con el IRS
- Documentacion de los dependientes que no aparece en la declaracion de impuestos:
 - o Tarjetas de Medicaid, acuerdo de custodia, registracion de escuela, carta de Social Services para niños adoptivos.

HOJA DE CALCULO DE INGRESOS/GASTOS

La YWCA cree que se desarrolla un fuerte sentido de pertenencia y orgullo si el beneficiario de la asistencia financiera ha contribuido al costo de su participación en la YWCA. Por lo tanto, se les pedirá a los solicitantes que paguen una parte de nuestras cuotas de membresía y / o tarifas del programa. Todas las tarifas deben mantenerse confidenciales, ya que son específicas de sus circunstancias.

Por favor liste ingresos y gastos por cada adulto asalariado que vive en la dirección. Complete todas las secciones. Aplicaciones incompletas resultaran en una demora de la aprobación de asistencia financiera.

Si esta aplicando para membresía individual, enumere todos los ingresos tal como se presentaron ante el IRS y los gastos. (Si es casado y esta aplicando para una membresía individual, los ingresos deben incluir los de la persona y el cónyuge.) Si esta aplicando para una membresía conjunta, por favor enumere todos los ingresos y gastos para todos los adultos asalariados.

¿Comparte los gastos con alguien más que viva en su dirección? Si No **Número total de personas que viven en la dirección:** _____

¿Qué parte de la cuota del programa o membresía puede pagar?

NOMBRE COMPLETO:	Aplicante:	Adulto Asalariado:	Adulto Asalariado:	Adulto Asalariado:	Adulto Asalariado:
INGRESO(MENSUAL)					
Ingreso Bruto	\$	\$	\$	\$	\$
Manutencion (<i>recibe</i>)	\$	\$	\$	\$	\$
Pension Conyugal (<i>recibe</i>)	\$	\$	\$	\$	\$
SSI, Jubilacion, Welfare, etc	\$	\$	\$	\$	\$
Otro (por favor explicar)	\$	\$	\$	\$	\$
Ingreso Bruto (Total) Mensual	\$	\$	\$	\$	\$
Ingreso Bruto Anual (Sumar todas las categorias x 12 meses)	\$	\$	\$	\$	\$
GASTOS (MENSUAL)					
Renta/Hipoteca	\$	\$	\$	\$	\$
Servicios Publicos (total)	\$	\$	\$	\$	\$
Telefono (a su nombre)	\$	\$	\$	\$	\$
Pago de Vehiculo (mensual)	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro de Vehiculo (mensual)	\$	\$	\$	\$	\$
Gastos Medicos/Dentales	\$	\$	\$	\$	\$
Manutencion (<i>pagando</i>)	\$	\$	\$	\$	\$
Pension Conyugal (<i>pagando</i>)	\$	\$	\$	\$	\$
Cuidado Infantil	\$	\$	\$	\$	\$
Gasto Mensual Total	\$	\$	\$	\$	\$

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Enumere y documente cualquier circunstancia especial que contribuya a su solicitud de asistencia financiera. Utilice una hoja adicional, si es necesario. Ejemplos de circunstancias especiales incluyen: gastos médicos importantes no cubiertos por el seguro, separación, divorcio, discapacidad, pérdida del trabajo, cambio en los ingresos, etc.

VERIFICACION Y AUTORIZACION



