



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES[®]
POR UNA VIDA SANA
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

BIENVENIDOS A TODOS

Aplicación de la Membresía y el Programa de Asistencia Financiera

LA PERSONIFICACIÓN DE LA YMCA

Con un compromiso de cultivar la potencial de los niños, promover un estilo de vida saludable y fomentar un sentido de responsabilidad social, la YMCA de Suroeste de Indiana asegura que cada persona tiene acceso a los elementos esenciales necesarios para aprender, crecer, y prosperar.

TODO ESTÁ BIENVENIDO

La YMCA da la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que nadie debe ser negado el acceso a la YMCA basado en su capacidad de pago a través de nuestro programa de asistencia, la YMCA presta asistencia a jóvenes, adultos y familias basadas en las necesidades individuales y las circunstancias.

COMPROMETIDOS CON NUESTRA COMUNIDAD

Determinar la cantidad de ayuda es manejado por sucursales de YMCA en de manera justa y consistente. Cada miembro de la YMCA recibe los mismos beneficios de afiliación, a pesar de todo de si o no reciben asistencia. Miembros de la YMCA pueden sentirse seguros sabiendo que son una parte de una organización que se preocupa mucho por el bienestar de todas las personas y es comprometido al desarrollo de la juventud, saneado vida y responsabilidad social.

El programa de asistencia reduce la membresía y/o cuotas del programa; no eliminarlas. Usted recibirá una llamada de teléfono de aprobación dentro de una semana de regresar su aplicación completada. Si su solicitud está incompleta, la aplicación será regresada a través de correo para la finalización. Para obtener asistencia con los programas en la YMCA Camp Carson y los programas de cuidado infantil como campamento de verano o antes y después del cuidado escolar, por favor visite nuestro sitio web para buscar la asistencia de aplicaciones para esos programas. La YMCA pide que los individuos y las familias reapplicar ante su membresía expira con la documentación actualizada para garantizar la continuidad del servicio. Las cuotas están sujetas a cambios cuando vuelva a aplicar. Si no volver a aplicar en el momento solicitado, su membresía expirará.

Por favor póngase en contacto info@ymcaswin.org o su sucursal si usted tiene algunas preguntas.

Nuestra misión:

La YMCA del Suroeste de Indiana, Inc., siguiendo el ejemplo de Jesucristo, responde a las necesidades de la comunidad por servir a todas las personas, especialmente a los jóvenes, a través de las relaciones y actividades que promover el sano espíritu, mente y cuerpo



ymcaswin.org

1 Información del solicitante principal

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo M F

Dirección Postal: _____ Apt# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal : (____) _____ - _____ Teléfono (otro): (____) _____ - _____

El empleador: _____ Teléfono del trabajo : (____) _____ - _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Por favor proporcione una dirección de correo electrónico para el acceso en línea y nuestro boletín informativo.

EMAIL: _____

2 Estoy aplicando para

Marcar la categoría que solicita

MEMBRESÍA	<input type="checkbox"/> LA JUVENTUD (edades 12-21)
	<input type="checkbox"/> ADULTO JOVEN (edades 22-29)
	<input type="checkbox"/> ADULTO (edad 30+)
	<input type="checkbox"/> DOS ADULTOS (edad 21+)
	<input type="checkbox"/> UN ADULTO (edades 21-64) + NIÑOS
	<input type="checkbox"/> DOS ADULTOS (edades 21-64) + NIÑOS
	<input type="checkbox"/> PERSONA MAYOR (edad 65+)
PROGRAMA	<input type="checkbox"/> DOS PERSONAS MAYORES (Primaria debe ser 65+)
	<input type="checkbox"/> CLASES DE NATACIÓN
	<input type="checkbox"/> DEPORTES JUVENILES
	<input type="checkbox"/> GIMNÁSTICOS
	<input type="checkbox"/> ARTES Y HUMANIDADES
	<input type="checkbox"/> EL JARDÍN DE INFANCIA
<input type="checkbox"/> OTRO _____	

3 Todas las personas que viven en este

Coloque una marca de verificación para cada miembro de la familia que solicita la ayuda

<input type="checkbox"/> Adulto	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Adulto	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Niño	DOB	Gender M F
<input type="checkbox"/> Otros dependientes	Age(s)	Gender M F

4 Para calificar para la beca, presentar los documentos siguientes:

Yo presenté los impuestos federales el año pasado

- Soy un individuo presentar conjuntamente; estoy proporcionando un formulario 1040
- Hemos presentado más de un formulario de impuestos en nuestro hogar; estamos proporcionando ____ formularios 1040

Forma 1040 de impuestos federales para todos los ingresos en casa

\$ _____

OR

Yo no presenté los impuestos federales el año pasado; o, Mi ingreso familiar ha cambiado desde que presenté los impuestos durante el año pasado

- Documentos que muestran los más recientes 30 días de ingreso (incluyendo talones de pago o documentación de ayuda del gobierno)

\$ _____ x 12 =
30 días de ingreso meses

\$ _____
El total de los ingresos familiares anuales

Para encontrar los documentos de apoyo poder ser necesario proporcionar por favor visite ymcaswin.org/membership/membership-forms

5 Por favor lea la siguiente y firmar

Estoy de acuerdo, si es necesario, para enviar información y documentación adicional para apoyar las afirmaciones anteriores. Un formulario de cancelación entregada en o después del 1° mes resultará en las cuotas de membresía están cobrando por ese mes. Comprendo que si falsificar ninguna de la información anterior, no voy a ser elegible para ayuda ahora o en el futuro. Mis pagos vencen en el 1° del mes y serán considerados tarde después de la 10°. Entiendo que mi membresía será revisada periódicamente y será cancelada por falta de pago. Al firmar este formulario de inscripción de miembros, estoy de acuerdo que yo y cualquier persona como parte de esta unidad se acaten código de conducta la YMCA. Reconozco que es la política de la YMCA a negar la membresía a personas condenadas por un delito sexual y que la Y verifica mensualmente sus registros de membresía de convicciones. **¿Ha usted o alguien en este hogar ha sido convicto de un delito SEXUAL?** Sí No

Entiendo que las actividades de la YMCA tienen riesgos inherentes y por este medio asumo todos los riesgos y peligros incidente a mi participación en todas las actividades del YMCA. Además renunciar, liberar, eximir, indemnizar y acuerda eximir de la YMCA, el personal y voluntarios de cualquier reclamación o lesión sufrida durante mi uso del programa y las instalaciones de la YMCA.

X _____ Fecha _____

La firma del solicitante y el guardián si es menor de 18

Cuéntanos más... Utilice este espacio para incluir cualquier información adicional o circunstancias atenuantes que no fueron incluidas en esta aplicación. Si usted necesita más espacio, adjunte una hoja adicional de papel.
Quiero/necesito asistencia de la YMCA con la membresía o los programas porque:

FOR OFFICE USE

Amount \$ _____ Discount _____% Date Approved _____ Type _____

Staff _____ Branch _____ Exp _____ Exp BD _____ Needs Book _____

Program Discount _____ Programs _____

ID # _____