



# ABIERTO PARA TODOS

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA Y-ACCESS

**La YMCA del condado de Avery se compromete a garantizar que nadie sea rechazado por no poder pagar. Nosotros podemos ayudarle con el programa de Y-Access.**

- Complete esta solicitud y envíela junto con un comprobante de todos los ingresos del hogar. Si, después de enviar la solicitud, no podemos otorgarle una beca en el momento, nos comunicaremos con usted.
- No podemos procesar solicitudes incompletas. Debe verificar todos los ingresos del hogar adjuntando comprobante de los salarios y beneficios que recibe. También debe adjuntar comprobante de cualquier circunstancia atenuante (por ejemplo, facturas médicas, facturas escolares, comprobante de desalojo/pérdida de empleo, etc.)
- Si se le otorga la beca, esta caducará y deberá volver a presentar la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento. Si no renueva su membresía antes de la fecha de vencimiento, se cancelará.
- Una beca reduce las cuotas de membresía o las tarifas del programa; no las elimina.

### POR FAVOR LLENE TODA LA INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: ¿Es su primera vez aplicando para es programa de Y-Access? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL HOGAR

Anote a todas las personas que viven en su hogar, ilncuyendo usted mismo. Al revisar las solicitudes para el programa Y-Access, tenemos en cuenta el ingreso total del hogar. Debe marcar Sí en la casilla “¿Esta persona recibe ingresos?” para cualquier persona que aporte salarios, propinas o beneficios al hogar.

|                         | <b>Nombre</b> | <b>Fecha de nacimiento</b> | <b>¿Esta persona recibe ingresos?</b> |
|-------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <b>Solicitante</b>      |               |                            |                                       |
| <b>Adulto</b>           |               |                            |                                       |
| <b>Niño/Dependiente</b> |               |                            |                                       |
| <b>Niño/Dependiente</b> |               |                            |                                       |
| <b>Niño/Dependiente</b> |               |                            |                                       |

\*Utilice una hoja adicional para incluir a los dependientes, si es necesario. Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a Jessica Hurlbert a [jessicah@ymcaaver.org](mailto:jessicah@ymcaaver.org)

# ESTOY SOLICITANDO AYUDA CON...

MEMBRESIA (Por favor, marque con un círculo)

Hogar individual de dos personas

PROGRAMAS (Por favor, marque con un círculo)

Programas de vida saludable para deportes acuáticos

INFORMACIÓN FINANCIERA: Esta solicitud no se procesará sin incluir y verificar todos los ingresos del hogar. Escriba el monto bruto (antes de impuestos) que recibe de cada fuente. Verifique que se adjunte la verificación e indique si los ingresos son anuales, mensuales o semanales.

|   | Adulto 1 | Nombre         | Adulto 2 | Nombre          | Adulto 3 | Nombre          |
|---|----------|----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|
| FUENTE DE INGRESOS  | Cantidad | ¿Verificación? | Cantidad | ¿Verificación ? | Cantidad | ¿Verificación ? |
| Salarios y propinas                                       |          |                |          |                 |          |                 |
| Discapacidad del Seguro Social                            |          |                |          |                 |          |                 |
| Cupones de alimentos WIC                                  |          |                |          |                 |          |                 |
| Manutención de hijos o del cónyuge                        |          |                |          |                 |          |                 |
| Compensación al trabajador                                |          |                |          |                 |          |                 |
| Asistencia para el pago de servicios públicos de alquiler |          |                |          |                 |          |                 |
| Otros (préstamos, subvenciones, donaciones, etc.)         |          |                |          |                 |          |                 |
| Cuentas de ahorro o corrientes                            |          |                |          |                 |          |                 |
| TOTALES   |          |                |          |                 |          |                 |

¿Recibe usted ayuda en especial, como por ejemplo, que un familiar o un amigo pague sus gastos? Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Cuánto puede pagar por su membresía/programa? \_\_\_\_\_

ACUERDO DE HONESTIDAD: Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y que no tengo ingresos adicionales que no estén representados en este formulario. Acepto proporcionar información adicional para respaldar esta información, si se me solicita. Entiendo que mi asistencia de Y-Access se basa en la necesidad. En caso de que mi situación cambie, me comunicaré con la YMCA lo antes posible. Entiendo que si falsifico esta información, no seré elegible para recibir asistencia ahora ni en el futuro.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_