

**YMCA OFFICE USE ONLY**

|  |              |   |
|--|--------------|---|
| Application Review (Print Name):         |              | Member Contact Date:                      |
| Household ID                             |              | <input type="checkbox"/> Denied (Reason): |
| <input type="checkbox"/> Approved        | Membership % |   |
|  | Program %    |   |
| Final Review/Authorization (Print Name): |              |   |

## SOLICITUD DE BECA

### SE PROPORCIONA ACCESO A TODOS

La YMCA del Área Metropolitana de Atlanta (la "Y") es una organización sin fines de lucro. A través de donaciones y subvenciones, podemos proporcionar asistencia financiera a las familias necesitadas. El ofrecimiento de la solicitud es para todos. La ayuda financiera se basa en la necesidad verificada independientemente de raza, color, credo, nacionalidad, ciudadanía, religión, sexo, edad, ascendencia, estado civil, estado de pareja doméstica registrada, estado de militar o veterano protegido, discapacidad, embarazo, parto o una afección médica relacionada, orientación sexual, identidad o expresión de género, información genética o cualquier otro fundamento protegido por la ley aplicable.

Si bien completar esta solicitud no garantiza un premio de asistencia financiera, está diseñada para garantizar una distribución justa de los recursos en toda la comunidad de Atlanta. Requiere información de ingresos para todas las personas del hogar, independientemente de su intención de formar parte de la YMCA. La información enviada se mantendrá confidencial en la medida de lo posible y solo se compartirá con quienes tengan una necesidad comercial legítima de conocer dicha información. Dicha información se almacenará de forma segura.

Los beneficiarios de ayuda financiera serán responsables de una parte de sus cuotas. Sus premios se revisarán anualmente. Si bien enviamos recordatorios al final de un término, es responsabilidad del miembro/participante volver a solicitar ayuda financiera.

Al enviar esta solicitud, usted acepta estos términos. El procesamiento puede demorar entre 5 y 7 días hábiles. La notificación por escrito del premio se enviará por correo electrónico. Tenga en cuenta lo siguiente: Los premios son en adelante; no se emitirán reembolsos por cuotas pagadas o adeudados antes de la fecha del premio.

### TIPOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

La ayuda financiera se basa en los ingresos del hogar. Cada adulto del hogar debe proporcionar al menos dos documentos de la siguiente lista, independientemente de su intención de unirse a la YMCA. A las personas con solicitudes incompletas se les pedirá que envíen información adicional, lo que puede retrasar el procesamiento.

- Declaración de impuestos federales más reciente (primeras dos páginas de los formularios 1040 o 1040A. Las personas que trabajan por cuenta propia deben incluir el Anexo C)
- Cartas de adjudicación/facturas médicas de Medicaid
- Carta de adjudicación SNAP, WIC
- Asistencia federal de vivienda pública (Sección 8)
- Dos recibos de nómina más recientes
- Ingreso de seguro suplementario
- Declaración de seguro por desempleo
- Consulta salarial del DOL

¿Necesita ayuda para acceder a sus documentos? Si recibe ayuda de uno de estos programas y necesita una copia de su aviso de acción, comuníquese con su trabajador de caso

Todas las solicitudes deben enviarse por correo electrónico a [FA@ymcaatlanta.org](mailto:FA@ymcaatlanta.org). Si necesita más ayuda, comuníquese con el Equipo de Asistencia Financiera a [FA@ymcaatlanta.org](mailto:FA@ymcaatlanta.org).

| <b>INFORMACIÓN DEL HOGAR</b>   |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| Nombre del adulto principal:   | Teléfono:   | Fecha de nacimiento:                 |
| Dirección de correo electrónico:   | Nombre del contacto de emergencia:                              | Teléfono del contacto de emergencia: |
| Dirección:   | N.º de unidad:  |                                      |
| Ciudad:  | Estado:   | Código postal:                       |
| Total de miembros del hogar mayores de 18 años:  | Total de dependientes:  | Ingreso anual total:                 |
| Miembro del hogar 1:   | Fecha de nacimiento:  | Sexo:                                |
| Miembro del hogar 2:   | Fecha de nacimiento:  | Sexo:                                |
| Miembro del hogar 3:   | Fecha de nacimiento:  | Sexo:                                |
| Miembro del hogar 4:   | Fecha de nacimiento:  | Sexo:                                |
| Miembro del hogar 5:   | Fecha de nacimiento:  | Sexo:                                |
| ¿Eres actualmente miembro de YMCA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, proporcione su identificación de membresía: |                                      |

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA REQUERIDA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)**

Nombre de la sucursal de YMCA: \_\_\_\_\_

Tipo de membresía:

- Adolescente (13 a 17 años)  
 Adulto (mayor de 18 años)  
 Familia  
 Otro \_\_\_\_\_

Tipo(s) de programa:

- Después de la escuela  
 Campamento diurno  
 Campamento nocturno  
 Clases de natación  
 Deportes para niños  
 Otro \_\_\_\_\_

La YMCA del Área Metropolitana de Atlanta es un proveedor de CAPS para programas extracurriculares y campamentos diurnos. Indique si califica en el espacio de Historia personal para que podamos ayudarlo más.

**SU HISTORIA PERSONAL**

Indíquenos cualquier información adicional que debamos tener en cuenta al evaluar su solicitud.

---



---



---

**SI NECESITO CONTINUAR CON MI ASISTENCIA FINANCIERA, ENTIENDO QUE ESTA SOLICITUD DEBE RENOVARSE CADA 12 MESES.**

Certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y que yo, junto con los otros adultos enumerados en mi solicitud, no tengo ingresos adicionales no representados en la información anterior. Acepto, si es necesario, presentar información y documentación adicional para respaldar las declaraciones anteriores. Comprendo que la asistencia financiera se otorga en función de la necesidad. En caso de que yo, o mis hijos, debamos cancelar mi/nuestra participación, me comunicaré con la Y de inmediato para que mi asistencia financiera pueda aplicarse a otros. Comprendo que, si falsifico cualquiera de la información anterior, no seré elegible para recibir asistencia ahora y/o en el futuro.

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

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