



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

# UN LUGAR PARA TODOS

Programa de Asistencia Financiera





## Programa de Asistencia Financiera



Las solicitudes de asistencia financiera se revisarán para determinar la necesidad financiera del solicitante para participar en el programa deseado. Aquellos que no pueden pagar la cuota pueden obtener asistencia financiera basada en su habilidad de pagar y la disponibilidad de la asistencia financiera del YMCA.

### Elegibilidad para Centros de Salud y Bienestar:

1. Los solicitantes deben trabajar o residir dentro del área de servicio del YMCA
2. El solicitante debe presentar documentación de respaldo para verificar el tamaño y el ingreso del hogar.
3. Los criterios para los solicitantes que califican se establecen dentro de la póliza de asistencia financiera (disponible a petición).

### Elegibilidad para la Guardería:

1. Los solicitantes deben trabajar o residir dentro del área de servicio del YMCA
2. El solicitante debe presentar documentación de respaldo para verificar el tamaño y el ingreso del hogar.
3. Los solicitantes deben tener una necesidad de guardería
4. Los criterios para los solicitantes que califican se establecen dentro de la póliza de asistencia financiera (disponible a petición).

Toda la información recopilada se mantendrá confidencial y solo para fines informativos. Las solicitudes tomarán un mínimo de (5) cinco días hábiles después de recibir los materiales completos del solicitante. La asistencia financiera aprobada no es transferible entre los centros de salud y bienestar y guarderías. Los programas del YMCA de Orange County estarán disponibles para todos, independientemente de su edad, sexo y origen étnico.



# APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

YMCA OF ORANGE COUNTY • YMCA OF RIVERSIDE COUNTY • YMCA OF SAN GABRIEL VALLEY • YMCA OF POMONA VALLEY

### INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Aplicación Nueva    Renovación

Nombre del Miembro / Guardián \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género  M  F Raza\* \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Estás interesado en ser voluntario?  Sí  No

.....

Nombre del Miembro /Cónyuge \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género  M  F Raza\* \_\_\_\_\_

¿Estás interesado en ser voluntario?  Sí  No

### TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR

| Nombre | Fecha de nacimiento | Genero M/F | Relacion con el solicitante | Raza* |
|--------|---------------------|------------|-----------------------------|-------|
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |
|        |                     |            |                             |       |

**\*Categorías de raza:**  
Blanco, Hispano, Latino, Negro/Afroamericano, Asiático, Americano Indian, Nativo de Alaska, Medio Oriente, Norte de África, Nativo de Hawaii, Isleño del Pacífico, Otro

Esta información es coleccionada solo para fines informativos.

### ESTA APLICACIÓN ES PARA...

**Marque todo lo que pueda aplicar.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Membresía</b>  | <b>Deportes</b>                               |
| <input type="checkbox"/> Adulto   | <input type="checkbox"/> Deportes             |
| <input type="checkbox"/> Pareja   | <input type="checkbox"/> Deportes Acuáticos   |
| <input type="checkbox"/> Familia  | ___Lecciones grupales ___ Equipo de natación  |
| <input type="checkbox"/> Familia Monoparental<br>(Disponible solo en Huntington Beach y Murrieta Family YMCA) | <input type="checkbox"/> Guías de Aventura    |
| <input type="checkbox"/> Estudiante   | <input type="checkbox"/> Guardería            |
| <input type="checkbox"/> GlucFitClub<br>(Solo disponible en ciertos lugares)                                  | <input type="checkbox"/> Inclusión            |
|   | <input type="checkbox"/> Campamento Residente |
|   | <input type="checkbox"/> Nuevos Horizontes    |
|   | <input type="checkbox"/> Juventud y Gobierno  |

**¿Para cuál ubicación del YMCA está aplicando?**  
\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Los siguientes documentos deben adjuntarse y son necesarios para determinar la elegibilidad

- **3 talones de pago** más recientes de cada miembro del hogar mayor de 18 años que está actualmente empleado
- **Declaraciones de desempleo** de cada miembro del hogar mayor de 18 años que está actualmente recibiendo beneficios
- **Manutención infantil o pensión matrimonial** de cada miembro del hogar mayor de 18 años que está actualmente recibiendo beneficios
- **Declaraciones de SSI o Discapacidad** de cada miembro del hogar mayor de 18 años que está actualmente recibiendo beneficios
- Otro \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto podría pagar? \_\_\_\_\_

**La falta de divulgación de cualquier verificación de ingresos puede resultar en la negación o demora de su aplicación.**

Entiendo que el Programa de Asistencia Financiera del YMCA está diseñada para ayudar a los jóvenes, adultos y familias que de otra manera no podrían participar, o que tienen una necesidad particular de los programas del YMCA. Estoy de acuerdo en informar al YMCA de Orange County dentro de cinco días de cualquier cambio en el ingreso familiar, el tamaño de la familia o la capacidad de pago. Si no se informan los cambios, se dará por terminada inmediatamente la Asistencia Financiera. Entiendo que la Asistencia Financiera del YMCA de Orange County y la cantidad otorgada están sujetos a revisión en cualquier momento. Soy consciente de que los fondos de asistencia se otorgan por un máximo de un año, después de lo cual es mi responsabilidad volver a presentar la solicitud. Toda la información está sujeta a verificación.

Firma \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**Los fondos de asistencia se otorgan por un máximo de un año, después de lo cual es mi responsabilidad volver a aplicar. Después de la fecha de vencimiento, se le cobrará en su totalidad a menos que se renueve la aplicación.**

# POR FAVOR DÍGANOS MÁS

Por favor, comparta con nosotros cómo esta asistencia financiera para participar en el YMCA lo beneficiará a usted y a su familia. Aproveche esta oportunidad para incluir cualquier información adicional o circunstancias de por qué necesita asistencia en este momento.

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## **Nuestra Misión**

Poner en práctica los principios cristianos a través de programas que crean espíritu, mente y cuerpo sanos para todos.

## **Nuestra Visión**

Para mejorar vidas y fortalecer el carácter a través del desarrollo de la juventud, la vida saludable y la responsabilidad social impulsada por personal de pasión y voluntarios.

## **Nuestros Valores**

Cuidado, Honestidad, Respeto y Responsabilidad - Nuestros valores son celebrados por los empleados y los miembros y proporcionan una base positiva para todos los programas del YMCA y una conexión sana con los demás.

## **Nuestra Causa**

Fortalecer la base de las comunidades.

## **Nuestro Compromiso**

El YMCA es una organización benéfica sin fines de lucro que sirve a toda la comunidad. Las donaciones respaldan nuestro programa de becas y nuestro compromiso de mantener los programas abiertos para todos.

**YMCA OF ORANGE COUNTY** [ymcaoc.org](http://ymcaoc.org)

**YMCA OF RIVERSIDE COUNTY** [ymcarc.org](http://ymcarc.org)

**YMCA OF SAN GABRIEL VALLEY** [ymcasgv.org](http://ymcasgv.org)

**YMCA OF POMONA VALLEY** [ymcapv.org](http://ymcapv.org)

