



YMCA de Fox Cities

[www.ymcafoxcities.org](http://www.ymcafoxcities.org)



Construimos niños, familias y comunidades fuertes.

## Formulario de solicitud de Becas

### Formulario de Becas

La YMCA considera la entrega de membresías y programas de servicios a todas aquellas personas que deseen ser parte de ella. Si usted está interesado(a) en hacer la YMCA parte de su vida, pero siente que no puede pagar los costos necesarios para ser miembro, existe la posibilidad de obtener una beca parcial de asistencia. El programa de becas es financiado en parte por las contribuciones de la *Campaña de Niños fuertes*, que entrega, con los recursos disponibles, membresías y becas de programas a personas necesitadas. Las becas se conceden en base a una escala variable de ingresos, usando como referencia su ingreso mensual bruto y la cantidad de personas que habitan en el hogar.

### Como aplicar

1. Para poder procesar su aplicación, usted necesita completar el formulario (confidencial), que aparece a continuación. Por favor adjunte únicamente copias de los siguientes documentos:
  - ◆ **Requisito: Copia del formulario más reciente de devolución de impuestos: W2/1099 o una carta del IRS de "impuestos no declarados".**
  - ◆ **Requisito: Dos copias de los últimos talones de cheques de su salario o copias de talones de cheques de desempleo.**
  - ◆ Si procede: Verificación de otra(s) asistencia(s) que esté recibiendo (cupones de alimentos, pensión alimenticia para niños menores, asistencia de vivienda).
  - ◆ Si procede: Verificación de ingresos del Seguro Social (no se necesita la declaración de impuestos).
2. **Una vez** presentados todos los papeles organizaremos una reunión inicial donde tendremos la oportunidad de conversar y discutir su elegibilidad. Esta reunión durará entre 15 a 30 minutos.

### Proceso de selección

Su elegibilidad para la ayuda financiera será determinada por el personal correspondiente, en base a un estudio en profundidad de la solicitud y de la entrevista con el postulante. La duración del programa de asistencia se re-evaluará cada tres a nueve meses, sin exceder doce meses. Se le pedirá completar un nuevo formulario de asistencia de beca para cada reanudación. Al no cumplir con la entrega de un reporte de un formulario de ingresos la beca puede ser cancelada o la beca de ayuda del YMCA ser retrasada. La YMCA de Fox Cities se reserva el derecho de rechazar la asistencia a cualquier postulante.

Appleton  
218 E. Lawrence  
Appleton, WI 54911  
920-739-6135

Fox West  
W.6931 School Road  
Greenville, WI 54942  
920-757-9820

Heart of the Valley  
225 W. Kennedy Ave.  
Kimberly, WI 54136  
920-830-0414

Neenah/Menasha  
110 W. N. Water St  
Neenah, WI 54956  
920-729-9622

Camp Nan A Bo Sho  
18369 Okonto Lane  
Lakewood, WI 5413  
920-954-7639

Declaración de misión de la YMCA: La YMCA es una organización sin fines de lucro que incorpora los principios cristianos por medio de programas que construyen un espíritu sano, mente sano y cuerpo sano para todos.

# YMCA: Aplicación para beca de asistencia

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

Cónyuge/pareja \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

¿Es usted un padre o una madre soltero(a) en su hogar?  Si  No

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Ha tenido usted una membresía activa en los últimos 60 días (es esta una renovación)?  Si  No

Haga una lista de todos los miembros del hogar (incluyendo a otros adultos):  
TODAS las persona mayores de 18 años deben aplicar individualmente por su financiamiento a menos que esté(n) a su cargo.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____

Por favor marque el tipo de beca al cual usted está postulando:

- Juvenil  Jóvenes Adultos  Universidad  Adulto  Familia  
 Padre/Madre Soltero  Adulto Mayor  Familia de Adulto Mayor

He leído el documento de solicitud de beca de asistencia y declaro bajo las sanciones de perjurio que de acuerdo a mi conocimiento y entendimiento, la información facilitada en esta solicitud y todas las declaraciones que acompañan éste documento son verdaderas y correctas. Esta solicitud es una declaración completa de todos los ingresos, activos/bienes o recursos que me pertenecen o a cualquier otro miembro del hogar. El no entregar o suministrar cualquier tipo de ingreso o cambios de los ingresos pueden resultar en la cancelación o retraso de la beca de la YMCA.

Las subvenciones se concederán en la medida en que los fondos estén disponibles. La YMCA se reserva el derecho de rechazar la asistencia a cualquier candidato. Las becas serán re-examinadas cada tres a doce meses, sin exceder los doce meses.

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

### Ingresos mensuales del hogar

Ingreso mensual bruto \$ \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge/pareja \$ \_\_\_\_\_  
Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
SS \$ \_\_\_\_\_  
SSI \$ \_\_\_\_\_  
  
Inversiones de ingreso \$ \_\_\_\_\_  
(Propiedad de alquiler, etc.)  
Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_  
**Ingreso Mensuales Total** \$ \_\_\_\_\_

#### ASISTENCIA:

Asistencia de Familia \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda de Cuidado de Niños \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia Médica \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia del Gobierno \$ \_\_\_\_\_  
Subsidio de vivienda \$ \_\_\_\_\_  
Vales de Comida \$ \_\_\_\_\_  
Matrícula/Subvención-beca \$ \_\_\_\_\_  
Apoyo/Mantenimiento de niños \$ \_\_\_\_\_  
Pagos de cuidado de crianza temporal \$ \_\_\_\_\_

#### Activos:

Ahorros \$ \_\_\_\_\_

**Total de ayuda mensual** \$ \_\_\_\_\_

#### Detalles de otros ingresos:

---

---

#### Proporcione detalles y copias de otros gastos:

---

---

Por favor explique cualquier otro hecho(s) o circunstancia(s) especiales que usted desee que nosotros consideremos:

---

---

¿Cuánto es lo que usted podría pagar mensualmente?

\$ \_\_\_\_\_

### Gastos mensuales del hogar

Hipoteca/Renta \$ \_\_\_\_\_  
Comida \$ \_\_\_\_\_  
Servicios generales \$ \_\_\_\_\_  
(gas/teléfono/electricidad/etc.)  
Transporte \$ \_\_\_\_\_  
(préstamos de carro/gas/seguro)

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \$ \_\_\_\_\_  
Mantenimiento de los niños \$ \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \$ \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \$ \_\_\_\_\_  
Cable \$ \_\_\_\_\_  
Internet \$ \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Hay alguien más viviendo en su casa que no haya sido incluido en la lista de la página anterior:  Si  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

**Total de gastos mensuales** \$ \_\_\_\_\_

*Notas del Personal:*

Area shaded with a fine grid pattern for personal notes.