



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# PARA TODOS

## Aplicación para la programa "Para Todos"

### EL CORAZÓN DE NUESTRA MISIÓN

La YMCA del sur de Arizona es una organización dedicada a ayudar a todas las personas alcanzar su potencial y crecen en espíritu, mente y cuerpo. La Y está aquí para servir a personas de todas edades, antecedentes, capacidades, ingresos y cree que los programas y servicios deben estar disponibles para todos. "Para Todos", programa de asistencia financiera de la Y, es una escala de tarifa que está diseñada para adaptarse a la situación financiera de cada persona.

### TODOS BIENVENIDOS

A través de nuestro programa "Para Todos", ofrecemos asistencia a jóvenes, adultos y familias basadas en circunstancias y necesidades individuales. Todo esto es posible gracias a la ardua labor y generosidad de nuestro voluntarios de recaudación de fondos y donantes en nuestra campaña anual de ayuda comunitaria.

### COMPROMETIDOS CON NUESTRA COMUNIDAD

Todos los miembros de la Y reciben los mismos beneficios de afiliación, independientemente de si están recibiendo ayuda. Miembros de la Y pueden sentirse bien sabiendo que están involucrados en una organización que cuida mucho la salud y el bienestar de las personas y está comprometida con el desarrollo de la juventud, vida saludable y responsabilidad social.

La Y ofrece más que servicios y programas, nos aseguramos de que cada individuo tiene acceso a los elementos esenciales necesarios para aprender, crecer y prosperar. La Y, siempre aquí para usted.

### PARA EMPEZAR

Para empezar hoy, complete y firma con fecha todas las formas y devuélvelos con la siguiente:

1. **Una copia de su declaración de impuestos federal más reciente** (1040, 1040A, or 1040EZ).  
Por favor cubre en negro los numeros de Seguridad Social.

**Comprobante de ingresos** : Dos recibos más recientes de sueldo de todos los empleadores actuales para cada trabajador adulto o cualquier carta de ayuda de gobierno (concesión de carta de SSI reciente o otra asistencia de gobierno, estampillas, cheques de incapacidad, desempleo) mostrando cuánto ingreso mensual recibe.



# APLICACIÓN DE PROGRAMA "PARA TODOS"

## INFORMACIÓN DE SOLICITANTE

Título \_\_\_\_\_ Nombre Primero \_\_\_\_\_ Nombre Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Teléfono/Cellular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Usted u otro miembro en su hogar están sirviendo en las fuerzas armadas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Usted u otro miembro de su hogar es veterano o jubilado de las fuerzas armadas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número en hogar de edad 21 y bajo \_\_\_ Número en hogar 22 años de edad y más \_\_\_ Número total de trabajadores adultos \_\_\_

## TIPO DE AFILIACIÓN OR PROGRAMA

Por favor, indique qué tipo de afiliación o programa como aplicar este aplicación:

\_\_\_ Adulto \_\_\_ Familia(1-2 adultos) \_\_\_ Joven(8-14) \_\_\_ Adulto Joven(15-21) \_\_\_ Más Familia (3-4 adultos) \_\_\_ Padre/Madre Soltero

Indique la Programa: \_\_\_\_\_

## INGRESOS DEL HOGAR

1. \_\_\_\_\_ Ingreso mensual (antes de impuestos)
2. \_\_\_\_\_ Ingreso mensual de cónyuge (antes de impuestos)
3. \_\_\_\_\_ Ingresos diversos (apoyo de niño, asistencia en efectivo, estampillas, otros ingresos)
4. \_\_\_\_\_ Total de ingresos mensual (suma líneas 1-3)
5. \_\_\_\_\_ Total de ingresos anual (línea 4 multiplicado por 12)

TAMAÑO DEL HOGAR						
	1	2	3	4	5	6+
<b>REBAJA DE 75%</b>	\$11,900	\$14,280	\$17,136	\$20,563	\$24,676	\$29,611
<b>REBAJA DE 50%</b>	\$15,875	\$19,050	\$22,860	\$27,432	\$32,918	\$39,502
<b>REBAJA DE 25%</b>	\$19,850	\$23,820	\$28,584	\$34,301	\$41,161	\$49,393

Basado en la información anterior y mi ingreso anual, califico por una rebaja de \_\_\_\_\_% en el precio de membresía y cuotas de programas.\*

*\*Excluye el campamento de verano, campamento residente, programas después de entrenamiento escolar, programas preescolares, y clases de natación particulares. Una aplicación diferente es necesaria para estas programas.*

¿No calificas, o eres todavía incapacitado de pagar cuotas basados en la tabla anterior? ¡Todavía queremos ayudar, si es posible! Por favor comparta de qué cantidad usted puede permitirse. Afiliación \$ \_\_\_\_\_ por mes Programa \$ \_\_\_\_\_ por sesión

Un personal de los servicios de la YMCA de sur Arizona te contactará para obtener más información acerca de sus dificultades financieras para determinar lo que podemos hacer para mejor abordar sus necesidades y situación.

¿Por favor, comparta cómo una reducción en precios/cuotas ayuda a usted y su familia? (opcional)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verifico que toda la información presentada es correcta, completa y exacta. Si cambia mi situación, estoy de acuerdo en notificar a la YMCA del sur de Arizona dentro de 30 días de cualquier cambio en mi condición de ingreso. Reconozco que mi afiliación puede ser terminado si no lo hago.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha