



YMCA

Niños sanos,  
familias sanas,  
comunidades sanas.

**PROGRAMA DE LAS PUERTAS ABIERTAS  
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

El YMCA de Chapel Hill-Carrboro es una organización sin fines de lucro dedicado a los servicios humanos y de salud, cuyo compromiso es de prestarle ayuda a gente de todas las edades, de todo nivel socio-económico y de todos los rangos de habilidades. El YMCA tiene su base en la comunidad y, por ende, vela porque sus programas y servicios estén disponibles a cada persona que pertenezca a esta comunidad. Por estas razones, el YMCA ofrece su **PROGRAMA DE LAS PUERTAS ABIERTAS**.

Este programa consiste en determinar los costos de cada persona o familia que desee usar los servicios del YMCA mediante una estructura escalafonada que le de acceso a cada usuario de estos servicios según sus condiciones económicas. Hemos determinado que el **PROGRAMA DE LAS PUERTAS ABIERTAS** es utilizado mayormente por:

- Niños y jóvenes recomendados por colegios, iglesias y organizaciones
- Adultos que están temporalmente desempleados
- Personas divorciadas que están pasando por dificultades financieras
- Personas que dependen de un sueldo fijo
- Personas bajo presión financiera debido a cuentas por servicios médicos
- Aquellas otras personas pasando por crisis económicas y financieras

El YMCA requiere que para participar en este programa las personas o familias solicitantes presenten los formularios adjuntos con información que incluye datos sobre el ingreso familiar, el número de personas en la familia y los gastos necesarios para el mantenimiento de la familia que le permita al YMCA determinar la asistencia financiera a estas personas o familias en una forma justa, consistente y equitativa. Adicionalmente, el YMCA requiere que aquellos participantes que están ya activos en el programa llenen de nuevo los formularios - cuando así lo pida el YMCA - con el propósito de poder mantener la información al día. El costo de los varios programas está sujeto a cambios cuando se solicita la renovación del programa. Si Ud. no pone al día la información cuando lo solicita el YMCA su participación podría ser suspendida.

Para procesar su solicitud, necesitaremos la siguiente información:

- Copia de su declaración de impuestos del año pasado ASI como copias de los últimos comprobantes de ingreso (de salario o sueldo u otra fuente)
- Cuando sea este el caso, copias de los dos últimos pagos recibidos del seguro social o de la agencia que tramita pagos por incapacidad (o el estado de su banco con los depósitos automáticos de estos ingresos)

Nota: Si no tiene copia de su declaración de impuestos, la puede obtener llamando al departamento de impuestos (IRS) al 1-800-829-1040. Si Ud. no preparó una declaración de impuestos al año pasado o si no cuenta con los otros documentos solicitados escribanos una carta explicando su situación personal.

Permítanos 10 días para procesar esta solicitud. Pasados estos 10 días, por favor contactenos para verificar si su solicitud ha sido aprobada o si necesitamos más información de Ud. Todos los miembros del YMCA reciben los mismos beneficios irrespectivo de que si estos reciben o no asistencia financiera. Cada miembro debe



sentirse complacido y satisfecho de que esta participando en una organizacion que se dedica a su bienestar y a su salud y que estamos comprometidos a ayudar al fortalecimiento de la juventud, de las familias y de las comunidades.

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(Esta solicitud sear procesada solamente cuando la informacion colicitada este COMPLETA en cada linea)

#### INFORMACION PERSONAL:

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ # de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Estudia horario completo? \_\_\_\_\_ # de dependientes \_\_\_\_\_ Estudia su esposo(a) horario completo? \_\_\_\_\_

Nombre completo y edades de cada miembro de la familia (puede incluir otros dependientes reclamados en su declaracion de impuestos).

- |          |            |          |            |
|----------|------------|----------|------------|
| 1. _____ | Edad _____ | 5. _____ | Edad _____ |
| 2. _____ | Edad _____ | 6. _____ | Edad _____ |
| 3. _____ | Edad _____ | 7. _____ | Edad _____ |
| 4. _____ | Edad _____ | 8. _____ | Edad _____ |

#### INFORMACION DE EMPLEO:

Empleador/Patron: \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Posicion(empleo): \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo \_\_\_\_\_

Tiempo Parcial \_\_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_\_ Ingreso bruto mensual (antes de descuentos):\$ \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_ Empleador de esposo(a): \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Posicion(empleo): \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

Tiempo parcial: \_\_\_\_\_ Tiempo completo: \_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual (previo a descuentos):\$ \_\_\_\_\_ Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

EL TIPO DE MEMBRECIA Y/O PROGRAMA POR EL QUE USTED SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA:

INFORMACION DE INGRESOS/GASTOS DEL HOGAR

INGRESOS(mensuales):

GASTOS(mensuales):

\_\_\_\_\_ Su ingreso bruto  
\_\_\_\_\_ Ingreso Bruto de esposo(a)  
\_\_\_\_\_ Programa/mantenimiento hijos  
\_\_\_\_\_ Estatal (copia de tarjeta welfare)  
\_\_\_\_\_ Cupones de Alimentos (del estado)  
\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Programa subsidiado de almuerzos  
(Demostrar tarjeta)  
\_\_\_\_\_ Otros (favor explicar)

\_\_\_\_\_ Renta/Hipoteca(circule uno)  
\_\_\_\_\_ Prestamo de automovil  
\_\_\_\_\_ Electricidad/agua/gas/etc  
\_\_\_\_\_ Telefono  
\_\_\_\_\_ Programa mantenimiento hijos  
\_\_\_\_\_ Cuidado de ninos  
\_\_\_\_\_ Otros (favor explicar)

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

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

\_\_\_\_\_ Total de ingreso mensual (por hogar)

\_\_\_\_\_ Total gastos mensuales (por hogar)

\_\_\_\_\_ Total ingreso anual (por hogar)

Comparte gastos con alguna otra persona en su hogar? Si afirmativo, cuanto? \$ \_\_\_\_\_

Numero de personas en el hogar \_\_\_\_\_

Segun sus medios, cuanto Ud. estima que podria pagar por los programas del YMCA \$ \_\_\_\_\_

Sus razones por solicitar ayuda financiera a PUERTAS ABIERTAS:

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

Verifico que toda la informacion que he incluido en esta solicitud es completa y verdadera. Si mis datos o mi situacion cambian me comprometo a notificarle al YMCA de esos cambios dentro de 30 dias de ocurridos. Si he dado informacion falsa o incompleta o si no notifico de cambios en mi situacion dentro de los 30 dias de ocurridos esos cambios el YMCA tiene el derecho de suspenderme del Programa de las Puertas Abiertas.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

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