

Favor de checar la lista siguiente y brindar la información correspondiente.

BENEFICIOS Y AYUDAS	CANTIDAD RECIBIDA
SSI	
TANF	
ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS	
SEGURO SOCIAL	
CHILD SUPPORT	
PELL/HOPE GRANT	
DESABILIDAD	
RETIRO/PENSION	
DESEMPLEADO	
WORKMAN'S COMP.	

**** Usted tendrá que comprobar que esta en busca de recibir los servicios de Imposición Child Support o usted no calificara para la asistencia Financiera de la YMCA de Moultrie.**

POR FAVOR NOTE QUE LA INFORMACION TENDRA QUE SER ACOMPAÑADA CON SU CORRESPONDIENTE VERIFICACION. AGREGUE LA INFORMACIÓN AL REVERSO DE LA APLICACIÓN.

Porque usted desea recibir Asistencia Financiera de la YMCA de Moultrie? _____

La póliza de membrecía de la YMCA requiere pagos completos (pagos extendidos podrían ser arreglados) o retiros automáticos de su cuenta de cheques mensualmente. Pagos hacia el pago en total del plan, activara la asistencia y/o membrecía inmediatamente. Si los pagos no son recibidos durante el tiempo estipulado, la asistencia y/o membrecía inmediatamente serán terminados.

Es la responsabilidad del solicitante el llamar a la Oficina de Membrecía de la YMCA para chequear el estado de esta aplicación (229-985-1154). El tiempo de proceso llega a tomar hasta dos días hábiles contando desde el día después de la aplicación recibida por el Director General.

Yo declaro que toda la información proveída en esta aplicación es verdadera y completa a mi máximo entendimiento. Yo eh adherido la documentación requerida para verificar mi ingreso mensual. También entiendo que esta aplicación esta sujeta a la revisión del Director General de la YMCA. Si es aprobada, esta tendrá que ser renovada bajo requerimiento. La Oficina o el Director General podrán requerir de esta para su renovación o mayor información en cualquier tiempo. De cualquier forma esta tendrá que ser renovada anualmente. Además, Yo entiendo que estoy legalmente obligado a notificar inmediatamente a la YMCA de cualquier cambio en el listado de mis ingresos o circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad para la Asistencia Financiera. Yo entiendo que cualquier información que sea falsa proveída por mi persona tendrá como resultado la terminación inmediata de cualquier asistencia financiera proveída por esta organización. Finalmente, he leído y entendido todos los estatutos de esta.

Firma _____ Fecha _____.

***** PARA USO DE LA COMPANIA*****

Nuestro personal le hará las siguientes preguntas cuando usted regrese esta forma a nuestras oficinas.

1. Es esta una nueva aplicación o renovación?
 2. Que tipo de membresia esta usted requiriendo?
 3. Ahí algún programa en especial que usted se encuentre interesado?
 4. Existen algunas circunstancias de las cuales tengamos que estar informados?
-
-

RECIIBIDO: _____ **NOMBRE DE EMPLADO** _____

M F C B A H

RECIBIDO POR _____ **FECHA** _____

TIPO DE MEMBRESIA _____

CANTIDAD _____ **ASISTENCIA** _____

ASISTENCA EN EL PROGRAMA% _____

TIPO DE GUARDERIA _____

CANTIDAD SEMANAL _____ **ASISTENCIA** _____