



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
 FOR HEALTHY LIVING
 FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

ACCESS FOR ALL DE LA YMCA

Solicitud suplementaria

Antes de llenar esta solicitud, consulte con el personal del Welcome Center de su YMCA local para determinar si la asistencia financiera para Membresía o Programa que ofrecemos a través de nuestro programa *Access For All* cubre sus necesidades. Si necesita asistencia adicional de la que nuestro programa ofrece, llene este formulario y envíelo a su YMCA local. Un administrador de *Access For All* se comunicará con usted dentro de los cinco días hábiles.

ADULTO PRIMARIO (escriba legiblemente en letra de imprenta)

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Domicilio (incluir núm. de apt., si aplica) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Email _____

ADULTOS ADICIONALES (que viven en el mismo hogar, 19 años de edad o mayores)

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

DEPENDIENTES (que viven en el mismo hogar)

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

¿PARA QUÉ TIPO DE PROGRAMAS DESEA SOLICITAR ASISTENCIA?

(Si solicita membresía solamente, no es obligatorio llenar esta sección).

- Clases de natación Deportes para niños Programas familiares Otro: _____
- Cuidado para niños en edad escolar (primero deben presentar su solicitud a través de DSHS antes de solicitar la asistencia de la YMCA)
- Campamento de verano (llene la siguiente sección si tiene solicitudes específicas)

Nombre del campista	Nombre del campamento	Semana(s)	Nombre del campamento	Semana(s)



INGRESOS DEL HOGAR

Toda la información personal se mantendrá confidencial y segura. Les pedimos a los solicitantes que consideren todos los tipos de ingresos, entre los que se incluyen: salarios, propinas, jubilación, Seguridad Social (*Social Security*), Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*), discapacidad, desempleo, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), manutención de menores (*Child Support*), asistencia de vivienda (*Housing Assistance*), asistencia de servicios públicos (*Utility Assistance*) y cupones de alimentos.

Recuerde contar los ingresos de todas las personas que viven en su hogar y que contribuyen con los gastos del hogar, como el alquiler/la renta, los servicios públicos o la comida.

	Ingreso total anual:
	La cantidad máxima que puedo pagar por mes para mi membresía Y es:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, díganos por qué está solicitando asistencia de *Access for All* para Membresía o Programas de la YMCA:

APOYAR A LA Y

La asistencia financiera *Access For All* es posible gracias a la generosidad de donantes y miembros. ¿Estás dispuesto a compartir su historia en la YMCA para ayudar a apoyar la campaña de recaudación de fondos de la Y? Sí No

¿Está interesado en ser voluntario? Sí (¿En qué área o áreas? _____) No

CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Certifico que la información que figura en este formulario es correcta según mi leal saber y conocimiento. Entiendo que el YMCA de Snohomish County es una organización sin fines de lucro y que la asistencia financiera de *Access For All* es posible gracias a la generosidad de donantes y miembros. Entiendo que la asistencia financiera de *Access For All* se otorgará por orden de llegada. Acepto notificar a la Y si mejora mi situación financiera, de modo que mi asistencia de *Access For All* pueda ser reevaluada, brindando así más oportunidades para otros en nuestra comunidad.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date:		Membership Type:	
Discount Group Level:		Monthly cost per scale:	
		Approved rate:	
Access For All Administrator:			