



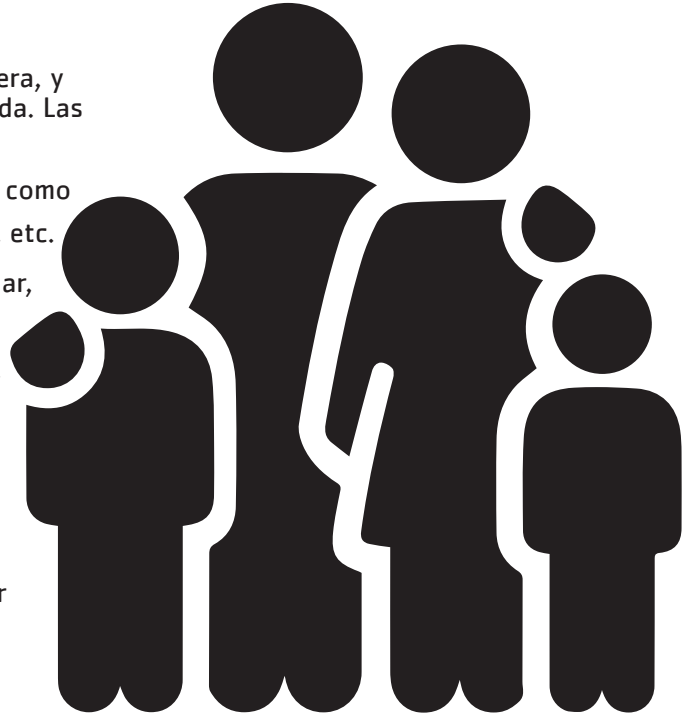
ASISTENCIA FINANCIERA YMCA DEL CONDADO DE DODGE

La misión de la YMCA del condado de Dodge es poner en práctica los principios cristianos a través de Programas que fomentan la salud mental, física y espiritual para todos. Gracias a la generosidad de nuestros miembros, personal, comunidad y donaciones a la Campaña Anual, brindamos asistencia financiera a los niños y familias que más la necesitan. Queremos ayudar a personas de todas las edades y condiciones sociales a estar más sanas, seguras, conectadas y conectadas.

Para solicitar Asistencia Financiera, revise los siguientes requisitos, complete la solicitud en el reverso e incluya la documentación requerida.

Requisitos de la aplicación:

- Los solicitantes deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera, y proporcionar verificación de todos los ingresos y/o asistencia recibida. Las solicitudes se mantienen confidenciales.
- Se puede otorgar asistencia en función de la necesidad financiera, como bajos ingresos, número de dependientes, circunstancias atenuantes, etc.
- Los padres de crianza deben presentar prueba de ingresos del hogar, junto con la ayuda concedida para el niño.
- La YMCA realiza evaluaciones periódicas de delincuentes sexuales. Para todos los miembros, participantes e invitados. Si se detecta un caso de delincuente sexual, la YMCA se reserva el derecho de cancelar la membresía, finalizar la participación en el programa y suspender el acceso a las visitas.
- Los solicitantes que soliciten una membresía deberán Proporcionar verificación de ingresos para todos los adultos en el hogar.
- Algunos programas no son elegibles para asistencia financiera.



LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ☐ Declaración de impuestos federales del año más reciente (formulario 1040 páginas 1 y 2 únicamente, o formulario 1040EZ) o un formulario sin declaración
- ☐ Copias de sus últimos tres recibos de sueldo O una carta de su empleador que indique su salario en papel membretado de la empresa
- ☐ Copias de toda la documentación de respaldo correspondiente que aparece en el recuadro de Información de verificación de ingresos

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA YMCA

Fecha de recepción _____ Iniciales del personal _____ (Recibido por)

Número de miembro _____ Tipo de membresía _____

Ayuda financiera concedida: Afiliación _____ % Programas _____ % Cuidado de los niños _____ %

Fecha de procesamiento _____ Válido hasta _____ Iniciales del personal _____ (Procesado por)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE LA YMCA DEL CONDADO DE DODGE

Fecha de hoy _____

- ☐ Soy un nuevo solicitante del Programa de Asistencia Financiera
- ☐ Estoy volviendo a solicitar el Programa de Asistencia Financiera

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento

Dirección de domicilio

Ciudad

Estado

Cremallera

Número de teléfono principal

Empleador

Horas por semana

Salario/Salario por hora

Nombre completo del cónyuge/pareja (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento

Empleador

Horas por semana

Salario/Salario por hora

2. OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR

(Para miembros adicionales del hogar, adjunte en una hoja aparte)

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación

3.ESTOY SOLICITANDO

- ☐ Familia Dos
- ☐ Adulto (19-59)
- ☐ Adultos (20-59)
- ☐ Mayores (60+)
- ☐ Senior Dos Adultos (60+)
- ☐ Jóvenes (8-18)

4. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor, enumere los totales mensuales de ingresos y/o asistencia recibidos por su Hogar. Se requiere la verificación de estos montos. Debe proporcionar su declaración de impuestos más reciente (1040/1040EZ) o Verificación de No Presentación (4506-T), y toda la documentación de respaldo correspondiente:

	Total mensual \$	N / A
Ingresos Brutos del Hogar		
Participación en Alimentos (SNAP)		
Beneficios por Desempleo		
Manutención Infantil/Pensión Alimenticia		
Participación de WI/Subsidio para Cuidado Infantil		
Subsidio de Vivienda		
*Por favor, indique la cantidad de ayuda que recibe, no la cantidad que paga.		
Asistencia Energética		
Seguro Social por Discapacidad		
Seguro Social Suplementario		
Otros		

5. GASTOS

	Total mensual \$	N / A
Alquiler/hipoteca		
Servicios públicos totales(electricidad, agua/alcantarillado, gas)		
*NO incluye cable, teléfono ni acceso/líneas a Internet		
Pagos de vehículos		
Seguro de vehículos		
Seguro de cuidado infantil		
Seguro (médico, dental, de la vista)		
Manutención de menores		
Otros (enumere cuáles son)		

Formas de solicitar una verificación de no presentación ante el IRS

SOLICITUD EN LÍNEA

Disponible en: www.irs.gov

SOLICITUD TELEFÓNICA

Disponible en el IRS llamando al 1-800-908-9946

Nota: Normalmente, esto no está disponible si nunca ha presentado impuestos en años anteriores. En ese caso, utilice el proceso de solicitud en papel que se detalla a continuación.

FORMULARIO DE SOLICITUD EN PAPEL: Formulario 4506-T del IRS

La mejor opción para quienes no han presentado impuestos en los últimos años.

Las verificaciones se recibirán en un plazo de 5 a 10 días hábiles. El procesamiento puede tardar más durante la temporada de impuestos, pero el IRS seguirá emitiendo verificaciones que no impliquen la presentación de declaraciones.

Descargue el formulario 4506-T del IRS en: www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4606t.pdf

6. FIRMA

Afirmo, según mi leal saber y entender, que la información anterior es verdadera y completa. Acepto proporcionar la documentación de ingresos que se me solicite. Entiendo que esta ayuda financiera es a corto plazo y que la elegibilidad para recibirla se reevalúa anualmente, a menos que se indique lo contrario.

FIRMA DEL MIEMBRO FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

FECHA