



Kearney Family YMCA Membership Assistance Program *Programa De Ayuda Financiera*

Thank you for inquiring about our Income Based Pricing Program. The purpose of this program is to provide services for any person or family who desires to participate in the YMCA, regardless of the ability to pay the standard membership or program fee. Every year the YMCA raises money to help scholarship youth and families through our Strong Families Campaign. Those not able to pay the full fee may be awarded assistance based on their demonstrated ability to pay.

To be eligible for a financial assistance, applicants must meet household/yearly income requirements. Scholarships are awarded for a one year period for all memberships and programs. Applicants will be notified once the application for scholarship has been reviewed.

To apply for a financial assistance, please bring the following information to the Kearney Family YMCA.

Completed Financial Assistance Application

Any 1 of the following:

- Most recent income tax return (this will be reviewed and returned to you)*
 - *If you do not file a tax return, call the IRS at (800) 829-1040 or go to www.irs.gov*
- Copy of last two pay stubs
- Copy of unemployment benefits
- A letter from your employer stating wages

Upon determination of your membership rate you will be asked to make payment through one of two methods: monthly by automatic withdrawal (bank draft) from your personal checking or savings account.

Gracias por preguntar sobre nuestro programa de Ayuda Financiera basado en ingreso. La intencion de este programa es de proveer servicios para cualquier persona o familia que desee participar en el YMCA, sin importar de la habilidad para pagar la membresía o la cuota para programas. Todos los años el YMCA colecta dinero para ayudar con becas a jóvenes y familias por medio de la Campaña de Strong Families. Los que no pueden pagar la cuota completa pueden ser otorgados con ayuda basado en sus ingresos para pagar.

Para ser elegible para ayuda financiera, debe cumplir los requerimientos de ingresos anuales por hogar. Becas son otorgadas por el periodo de un año para todas las membrsias y programas. Los aplicantes serán notificados cuando la aplicación para la beca haya sido revisada.

Para aplicar por una membresía, por favor traiga la siguiente información al Kearney Family YMCA:

Aplicación para Ayuda Financiera completa

Uno de las siguientes

- La mas reciente declaración de impuestos (esto será revisado y regresado a usted)*
 - **Si usted no tiene una copia llame al IRS al (800)829-1040 o visite la página www.irs.gov*
- Últimos dos (2) talones de cheque
- Copia de subsidio de desempleo
- Nota de su patron confirmando su ingreso

Cuando sepa su precio de membresia, le pedimos que haga sus pagos en uno de una de las dos formas: mes por mes automáticamente retiro de su cuenta de cheque o ahorros, o puede pagar su membresia con un pago en efectivo, or tarjeta de credito para todo el ano.



Kearney Family YMCA

Membership Assistance Information Sheet

Aplicación Para Ayuda Financiera

Personal Information (información personal):

Name(nombre): _____ Home Phone(no. de telefono: () _____

Address(direccion): _____

City(Ciudad): _____ State(Estado): _____ Zip(Codigo Postal): _____

Email Address (correo Electronico): _____

Have you applied for Membership Assistance at another YMCA facility? Yes(si) No

(ha aplicado por ayuda Financiera en otro YMCA?)

If yes, where(si si, donde)? _____ Date(fecha): _____

Are you a full-time student (eres un estudiante de tiempo completo)? Yes(si) No _____

If yes, where(si si, donde)? _____

Are you married (esta casado(a))? Yes No

If yes, is your spouse a full-time student(si si, su esposo(a) es un estudiante de tiempo completo)? Yes(si) No

Are you a single-parent household(eres un padre or madre soltera)? Yes No

Household Members

First Name (Primer Nombre)	Last Name (Apellido)	Relationship (relación) (Spouse, Child, etc.) (espos(a), niño)	Age (edad)	Check if claimed on form 1040 as Dependent (marca si declarado en la hoja 1040 como dependient)

Are you receiving assistance through Health & Human Services (esta recibiendo ayuda del Departamento de Salud y Servicios Humanos)?

Yes (si) No

Are you interested in serving as a volunteer?(esta interesado de ser un voluntario) Yes(si) No

Are you unemployed (esta desempleado)? Yes (si) No

If unemployed are you registered with the unemployment office (si no tiene empleror esta registrado con la oficina de desempleo)?

Yes(si) No

Employment Information (informacion de trabajo)

Employer (Lugar de Trabajo) _____ Work Phone (No. de teléfono de Trabajo) _____

Address (direccion de trabajo) _____

City (ciudad) _____ State(estado) _____ Zip(Codigo Postal) _____

Position (posición) _____ Length Of Employment(tiempo en su trabajo) _____

Part-time (de medio tiempo) Full-time (tiempo completo) Gross Month Income (ingreso mensual) _____

Supervisor (supervisor) _____

Spouse Employer (Lugar de Trabajo de su esposo(a)) _____ Work Phone(No. de teléfono de Trabajo) _____

Address (direccion de trabajo) _____

City (ciudad) _____ State(estado) _____ Zip(Codigo Postal) _____

Position (posición) _____ Length Of Employment(tiempo en su trabajo) _____

Part-time (de medio tiempo) Full-time (tiempo completo) Gross Month Income (ingreso mensual) _____

Supervisor (supervisor) _____

APPLICATIONS WILL BE PROCESSED ONLY AFTER ALL THE INFORMATION IS SUBMITTED AND THE APPLICATION IS FILLED OUT COMPLETELY.

LAS APLICACIONES SERAN PROCESADAS SOLO DESPUES DE QUE SE PRESENTE LA INFORMACION Y LA APLICACION ESTE COMPLETAMENTE LLENA.

INCOME WORKSHEET (hoja de ingreso)

Income (Ingreso):

Gross Monthly Income (Before Taxes)(Ingreso por mensual antes de impuestos)	\$ _____
Spouse's Gross Monthly Income (Before Taxes)(espos(a) ingreso mensual antes de impuestos)	\$ _____
Child Support(manutencion de los hijos)	\$ _____
Aid to Department Children (ayuda para hijos de departamento)	\$ _____
Social Security Compensation (compensacion de seguro social)	\$ _____
Unemployment Compensation (compensacio de desempleo)	\$ _____
Food Stamps (estampillas de alimentos)	\$ _____
Retirement Funds (fondo de retiro)	\$ _____
Other (Please Explain)(Otro, explique)	\$ _____
Total Month Income (Household)(su ingreso combinado mensual)	\$ _____
Total Annual Income (Household)(su ingreso combinado anual)	\$ _____

Do you share expenses with anyone else in you household? Yes(si) No

Comparte los gastos con algen más que en su casa

Total number in household (cuantos in su casa?): _____

What dollar amount can you afford to pay for membership (per month)
(que cantidad de dolares usted puede pagar por su membrsia por mes?) \$ _____

What benefits do you see in having membership assistance to join the YMCA as a member or program participant
(que venejats ve usted en que la ayuda de miembros a unirse a la YMCA como participante or miembro de program?)

Are there extenuating circumstances that you would like to share (i.e. excessive medical expenses, unemployment, etc)? (Otra información que nos pueda ayudar a entender su situación)

I am requesting assistance from the YMCA due to my personal circumstances I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I agree to inform the YMCA immediately of any change in my income or family size. I understand that false or incomplete information could jeopardize my assistance. (Yo estoy pidiendo ayuda de la YMCA por mis circunstancias personales, Yo certifico que la información arriba es verdadera y completa hasta mi conocimiento. Yo estoy de acuerdo en informarle al YMCA inmediatamente de cualquier cambio en mis ingresos o tamaño de familia. Yo entiendo que información falsa o incompleta podría ponerme beca en riesgo.)

Applicant's Signature: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY Award	Membership Type	Reduced Rate	Date Approved:	Date Expires:
Percentage				