EL Y EstÁ

AQUÍ PARA TODOS.

YMCA de Greater Monmouth County se dedica a ayudar a todos los miembros de la comunidad a acceder a instalaciones y programas que alimentan el potencial y ayudan a las familias a vivir más saludables juntos. Damos la bienvenida a todos a el Y, independientemente de la capacidad de pagar.

Nuestro programa de becas basado en la necesidad financiera del hogar se financia a través de la generosidad de los donantes de YMCA. Para garantizar que somos administradores responsables de los fondos disponibles y que cumplen con los requisitos exentos de impuestos, pedimos a nuestros solicitantes que proporcionen documentación para verificar los ingresos del hogar. Cada miembro puede sentirse seguro de que el Y sirve a la comunidad de manera equitativa, sensible y con el cuidado del bienestar de todos.

Hay dos tipos de verificación de becas, Expresa o Tradicional.

##### VERIFICACIÓN EXPRESS

Los solicitantes que reciben ayuda de las agencias de condado o del estado ya han sido sometidos a un proceso de verificación de ingresos a exhaustivo. Aceptaremos lo siguiente para la verificación:

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO** | **DOCUMENTO ACEPTADO** |
| WFNJ / TANF o WFNJ / GA | Notificación de Aprobación |
| Asistencia Monetaria SNAP | Notificación de Aprobación |
| NJ Padre Sustituto / Cuidado Familiar | Fomentar Precaución de Aprobación |
| NJ Family Care / Medicaid | Tarjeta de identificación |
| Subsidio de Cuidado Infantil de NJ | Notificación de Aprobación |
| Programa de almuerzo gratis o reducido | Notificación de Aprobación |
| Declaración de WIC | Carta / Vale |

##### VERIFICACIÓN TRADICIONAL

Requeriremos lo siguiente para la verificación tradicional:

* Declaración de impuestos más reciente: Primeras dos páginas de las Formas 1040 ó 1040A
* Los trabajadores autónomos deben incluir el Apéndice C
* Dos talones de pago más recientes, o carta de empleador que verifica los ingresos
* Otro verificación de ingresos (si es corresponde)
* SSI o Declaración de Incapacidad
* Beneficios de desempleado

Todas las aplicaciones se pueden aceptar en el centro de bienvenida de su YMCA local. También puede enviar sus documentos por vía electrónica, según sea necesario. Si necesita más ayuda, llame a el Sede del Equipo YMCA en el 732.671.5505.

Los solicitantes deben ser notificados dentro de 48 horas de Verificación Expresa y siete (7) días para la Verificación Tradicional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SELECCIONA TU RAMA | | | | | | |
| La fecha de hoy |  Freehold YMCA  Old Bridge YMCA  Red Bank Family YMCA | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL HOGAR | | | | | | | |
| Nombre Primaria para Adultos | | | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | |
| Correo electrónico | | | | Teléfono:  ( ) - Mobile | | | |
| Dirección | | | | | | Unidad # | |
| Ciudad | | | | | Estado | | Código postal |
| Método de Contacto Preferido:  Correo electrónico  Teléfono | | | | | | | |
| Miembro del Hogar 1 | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | | | Menores de 18 años |
| Miembro del Hogar 2 | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | | | Menores de 18 años |
| Miembro del Hogar 3 | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | | | Menores de 18 años |
| Miembro del Hogar 4 | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | | | Menores de 18 años |
| Miembro del Hogar 5 | | | Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa | | | | Menores de 18 años |
| ¿Actualmente es miembro de YMCA? Sí No | | | | | | | |
| becas solicitadas | | | | | | | |
| Tipo de Membresía: Juventud (0-13) Adolescente (14-18) Adulto joven (19-29) Adulto (30-61) Persona Mayor (62+)  2 Personas Mayores 2 Adultos Familia | | | | | | | |
| Nombre del programa: | | Participantes: | | | | | |
| Nombre del programa: | | Participantes: | | | | | |
| Nombre del programa: | | Participantes: | | | | | |
| Su historia personal | | | | | | | |
| Diganos cómo cree que una beca podría beneficiar su hogar: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INGRESOS FAMILIARES | | | | | | | | | |
| Todos los adultos que soliciten la beca deben proporcionar la verificación de los ingresos. Por favor revele todas las fuentes de ingresos. | | | | | | | | | |
| VERIFICACIÓN EXPRESA | | | | | | | | | |
| Programa de pre-aprobación (Seleccione el programa que se aplica):  WFNJ/TANF /GA Asistencia Mmonetaria SNAP NJ Padre Sustituto/Cuidado Familiar NJ Family Care/Medicaid  Subsidio de Cuidado Infantil de NJ Programa de almuerzo gratis o reducido Declaración de WIC HUD/Section 8 | | | | | | | | | |
| USO DEL PERSONAL SOLAMENTE | | Recibir las Iniciales del Personal | | | | | Fecha de Recibo | | |
| VERIFICACIÓN TRADICIONAL | | | | | | | | | |
| Nombre de Adulto | Tipo de Ingreso | | Cantidad/Frecuencia | | Ingresos Anuales | | | | Verificado?  El Personal Inicial/Fecha |
|  |  | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | | | |  |
| Ingreso anual actual de los hogares: | | | | |  | | | |  |
| Declaración de impuestos federales reciente - Ingreso bruto ajustado (AGI)\*: | | | | |  | | | |  |
| \*Sólo las aplicaciones tradicionales. Para localizar AGI por tipo de declaracion de impuestos: Formulario 1040, línea 37  Forma 1040A, línea 21  Anexo C, línea 31 | | | | | | | | | |
| DEBO necesidad de continuar ASISTENCIA, Entiendo que esta solicitud debe ser renovado cada 12 meses. LAS TARIFAS DE MEMBRESÍA SON SUJETAS A CAMBIOS EN MI FECHA DE ANIVERSARIO sin renovación. Certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento, y que, junto con otros adultos que figuran, no tienen ingresos adicionales no representados anteriormente. Estoy de acuerdo, si es necesario, para enviar información y documentación adicional para apoyar las declaraciones anteriores. Yo entiendo que las becas se otorgan en base a la necesidad. En el caso de que yo, o mis hijos, debo cancelar mi/nuestra participación, que se comunicará con el YMCA de inmediato para que la beca se puede aplicar a otros. Yo entiendo que si falsifico cualquiera de la información anterior, no voy a ser elegible para asistencia ahora y/o en el futuro. | | | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | Fecha | |
| YMCA uso de la oficina | | | | | | | | | |
| Revisión de la aplicación (en letra de imprenta) | | | | | | Fecha de contacto del miembro | | | |
| Hogar FT-ID | | | | Negado (razón): | | | | | |
| Aprobado: | | Membresía % | |
|  | | Programa % | |
| Revisión Final/Autorización (letra de imprenta) Canjear por: | | | | | | | | | |