

# EL Y ESTÁ AQUÍ PARA TODOS.



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

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 asistencia financiera 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.

## SOLICITUD DE VERIFICACIÓN EXPRESA

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	Notificación de Aprobación
Subsidio de Cuidado Infantil de NJ	Notificación de Aprobación
Programa de almuerzo gratis o reducido	Notificación de Aprobación
Declaración de WIC	Carta / Vale

Todas las solicitudes y la documentación de respaldo se aceptarán electrónicamente en [fa@ymcanj.org](mailto:fa@ymcanj.org). Si necesita más ayuda, llame a la sede del equipo de YMCA al 732.671.5505.

Los solicitantes deben recibir una notificación dentro de los 3 a 5 días hábiles para la Verificación Express.

919-4821-THQ

### YMCA OF GREATER MONMOUTH COUNTY

170 Patterson Avenue  
Shrewsbury NJ 07702

732.671.5505  
[info@ymcanj.org](mailto:info@ymcanj.org)

[ymcanj.org](http://ymcanj.org)



### Aquí para todos.

La asistencia financiera se ofrece en función de la disponibilidad de fondos.

# APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

NUESTRA MISIÓN: Para poner los principios Judeo-Cristianos en práctica a través de programas que construyen un espíritu, mente y cuerpo sanos para todos.



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## SELECCIONA TU RAMA

La fecha de hoy	<input type="checkbox"/> Arts & Outreach <input type="checkbox"/> Counseling & Social Services <input type="checkbox"/> Bayshore Family Success Center <input type="checkbox"/> Camp Topanemus <input type="checkbox"/> Freehold Family YMCA <input type="checkbox"/> YMCA Community Outreach <input type="checkbox"/> Camp Zehnder <input type="checkbox"/> Old Bridge Family YMCA <input type="checkbox"/> Freehold Child Enrichment Center <input type="checkbox"/> Swim Team <input type="checkbox"/> Red Bank Family YMCA <input type="checkbox"/> Matawan Children's Achievement Center
-----------------	--

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Nombre Primaria para Adultos		Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	
Correo electrónico	Teléfono: (       )       - <input type="checkbox"/> Mobile		
Dirección		Unidad #	
Ciudad	Estado	Código postal	
Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			
Miembro del Hogar 1	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años	
Miembro del Hogar 2	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años	
Miembro del Hogar 3	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años	
Miembro del Hogar 4	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años	
Miembro del Hogar 5	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años	
¿Actualmente es miembro de YMCA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## BECAS SOLICITADAS

Tipo de Membresía: <input type="checkbox"/> Juventud (0-12) <input type="checkbox"/> Adolescente (13-17) <input type="checkbox"/> Adulto joven (18-26) <input type="checkbox"/> Adulto (27-61) <input type="checkbox"/> Persona Mayor (62+) <input type="checkbox"/> 2 Adultos <input type="checkbox"/> 2 Personas Mayores <input type="checkbox"/> Familia	
Nombre del programa:	Participantes:
Nombre del programa:	Participantes:
Nombre del programa:	Participantes:

## SU HISTORIA PERSONAL



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

Díganos cómo cree que asistencia financiera podría beneficiar su hogar:

# APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

**NUESTRA MISIÓN:** Para poner los principios Judeo-Cristianos en práctica a través de programas que construyen un espíritu, mente y cuerpo sanos para todos.



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## 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):		
<input type="checkbox"/> WFNJ/TANF /GA <input type="checkbox"/> Asistencia Monetaria SNAP <input type="checkbox"/> NJ Padre Sustituto/Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> NJ Family Care/Medicaid <input type="checkbox"/> Subsidio de Cuidado Infantil de NJ <input type="checkbox"/> Programa de almuerzo gratis o reducido <input type="checkbox"/> Declaración de WIC <input type="checkbox"/> HUD/Section 8		
USO DEL PERSONAL SOLAMENTE	Recibir las Iniciales del Personal	Fecha de Recibo

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 asistencia financiera 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	<input type="checkbox"/> Negado (razón):	
<input type="checkbox"/> Aprobado:	Membresía	%
	Programa	%
Revisión Final/Autorización (letra de imprenta)		Canjear por: