



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# SIEMPRE AQUI PARA LA COMUNIDAD

## MEMBRECIA PARA TODOS Aplicacion de Renovacion

(Fundada por la campaña Annual de el Y)

### COMPROMETIDOS A NUESTRA COMUNIDAD

[www.ymca.org](http://www.ymca.org)



Cada año el Walla Walla YMCA recauda fondos por medio de nuestra campaña anual, que ayuda al Y a compensar el costo de membresia y programas para los que califiquen, ayudando a crecer la calidad de vida de nuestros miembros. Para renovar asistencia de su membresia, requerimos saber como el Y a impactado su vida. Esta informacion nos ayudara a obtener fondos para poder ofrecer nuestra Membresia para Todos y asistencia para Programas para Todos. Su informacion personal no sera usada sin su consentimiento. Si escoge no contestar las preguntas su asistencia financiera no sera renovada.

#### 1 POR CUANTO TIEMPO A RECIVIDO ASISTENCIA FINANCIERA?

MENOS DE 6 MECES

6 MECES

1 Año

1-2 Años

2-4 Años

5+ Años

#### 2 RAZONES PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA? MARQUE TODO LO QUE APLICA.

INGRESO

PERDIDA DE EMPLEO

MUERTE DE ESPOSO/COMPANERO

MUERTE DE MIEMBRO FAMILIAR

ENFERMEDAD/LESION

DIVORCIO

OTRO:

#### 3 COMO EL YMCA DE WALLA WALLA A TENIDO UN IMPACTO EN SU VIDA?

#### 4 COMO SERIA IMPACTADO SI NO RECIBIERA MAS ASISTENCIA FINANCIERA?

SIEMPRE ESTAMOS BUSCANDO MAS HISTORIAS DE NUESTROS MIEMBROS PARA AYUDARNOS ON NUESTRAS CONVERSACIONES CON NUESTROS DONANTES, ENSEÑÁNDOLES EL IMPACTO POSITIVO QUE LAS DONACIONES TIENEN. COMO UN RECIPIENTE DE ASISTENCIA, ESTARIA DISPUESTO A COMPARTIR SU HISTORIA EN EL Y? SI ESTA DISPUESTO, COMO PREFERIRIA COMPARTIR?

ESCRITO       VIA EMAIL       EN PERSONA       POR EL TELEFONO

QUIERO COMPARTIR, PERO QUIERO MANTENERME ANONYMO

# MEMBRESIA PARA TODOS Renovacion

## RE-APPLY IN 5 EASY STEPS

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1 INFORMACION DE APLICANTE

Nombre M / F

---

Direccion

---

Ciudad

---

Estado ZIP

---

Telefono de Casa ( )

---

Telefono Celular ( )

---

Email

---

Si un aplicante es menor de 18, Padre/Guardian nombre:

---

### 2 NOMBRE DE PERSONAS VIVIENDO EN LA FAMILIA

Aplicante	FDN	/	/	M/F
Padre/Adulto	FDN	/	/	M/F
Niño	FDN	/	/	M/F
Niño	FDN	/	/	M/F
Niño	FDN	/	/	M/F
Niño	FDN	/	/	M/F
Niño	FDN	/	/	M/F
Otro	FDN	/	/	M/F

Casa familiar es definido como un adulto o dos adultos con niños dependientes de edad menos de 19, o incluye estudiantes hasta la edad de 25, todos residiendo en la misma casa. Dependientes mayores, padres, o hijos adultos con discapacidades viviendo con sus padres tambien son incluidos.

### 3 MEMBRESIA RE-APLICANDO POR

JOVEN

---

ADULTO JOVEN

---

ADULTO

---

FAMILIAR

---



---

### 4 INGRESO MENSUAL DE CASA

	Adulto 1	Adulto 2	Niños/Otros
Salario Bruto Total			
Manutencion de Hijos			
Seguro Social			
Desempleo			
Pension Alimenticia			
Retiro			
Pension			
Valor de cupones de alimentos			
Subsidio de cuidado de niños			
Otra asistencia financiera			
<b>Ingreso Mensual Total</b>	\$	\$	\$
<b>Ingreso Mensual de CF Total</b>	\$		

Cuanto puede pagar mensualmente por su membresia? \_\_\_\_\_

### 5 PARA CALIFICAR, PROVEEA COPIAS DE LOS PROXIMOS DOCUMENTOS

- 1040 Federal Tax Forma(s) para todos los ingresos de la familia
- Documentos demostrando el ingreso mas reciente:
  - 2 talones de ingreso por individuo
  - Documentacion de asistencia de gobierno
- Formas de asistencia de ingreso (si aplicable) Seguro Social, pension, desempleo, Manutencion de Hijos, Asistencia de Casa, Apoyo de Cuidado de Niños, etc.
- Si no lleno sus impuestos, requerimos la carta de el IRS explicandolo

#### ESTA APLICACION SERA RENOVADA CADA 12 MECES!

Yo certifico que la informacion es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento, y que no tengo ingreso adicional no representado. Yo estoy de acuerdo, si es necesario de mandar informacion adicional y documentacion para apoyar las declaraciones. Yo entiendo que la asistencia es basada en nesecidad. En el evento que yo o mis hijos tengan que cancelar nuestra participacion, yo contactare inmediatamente a el Y para que la asistencia pueda ser proveida a otros. Yo entiendo que si yo falsifico cualquiera de mi informacion, yo no sere elegible para asistencia ahora y/o en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona completando esta forma

### DIGANOS MAS...

Que Beneficios de Membresia esta buscando a continuar en el Y? Cheque todos lo que aplican.

- PROGRAMACION ACTIVA PARA ADULTOS
- LIGAS DE DEPORTES DE ADULTOS
- BASKETBALL/RACQUETBALL
- CARDIO/MAQUINAS DE PESAS
- EN VIVO/CLASES FISICAS VIRTUALES DE GRUPOS
- PICKLEBALL
- RACQUETBALL
- NATACION
- EJERCICIOS FISICOS DE JOVENES
- ACTIVIDADES Y DEPORTES DE JOVENES