

# Aplicación para asistencia financiera

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
(MIEMBRO DEL HOGAR COMPLETANDO LA SOLICITUD)

2nd teléfono (trabajo / celular) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código

Por favor apunte todos los nombres de la gente que vive en su casa, incluyendo a usted, ese numero determinara la cantidad de ayuda.  
A la derecha, indique todos los programas al cual piensa que esa persona usara.

**Programas de la YWCA**

| Nombres de cada persona en casa | Fecha de Nacimiento | Escuela o lugar de trabajo | Desempleado ** | Retirado ** | Discapacitado ** | Programas de la YWCA |                       |                  |
|---------------------------------|---------------------|----------------------------|----------------|-------------|------------------|----------------------|-----------------------|------------------|
|                                 |                     |                            |                |             |                  | Clases Juveniles     | Gimnasio para Adultos | Cuidado de niños |
|                                 |                     |                            |                |             |                  |                      |                       |                  |
|                                 |                     |                            |                |             |                  |                      |                       |                  |
|                                 |                     |                            |                |             |                  |                      |                       |                  |
|                                 |                     |                            |                |             |                  |                      |                       |                  |
|                                 |                     |                            |                |             |                  |                      |                       |                  |

**Ingreso del Hogar:**

Indique dónde trabaja y el ingreso total del hogar antes de impuestos. Si no tiene ingresos, coloque ceros en cada línea.  
Por favor presentar documento de ingreso. Por ejemplo, si su principal fuente de ingreso es su salario, por favor **entregue un recibo de pago de un mes o su forma de w2 mas reciente.**

Salarios totales antes de impuestos \_\_\_\_\_ Segunda fuente de Ingreso \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_

SSI/seguro de discapacidad \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Ingreso total mensual combinado \_\_\_\_\_ Ingreso total anual combinado \_\_\_\_\_

**\*\*Si indicó desempleado, retirado, o discapacitado, por favor escriba una declaración abajo explicando por qué esta aplicando para asistencia financiera de la YWCA y cómo le ayudaría a usted o a su familia.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta pagina es para el uso de la oficina \_\_\_\_\_ Date Received at Desk \_\_\_\_\_ by (initials) \_\_\_\_\_

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Total # in Household _____                    | Yearly Income _____        |
| Financial Aid Given: Yes No                   | % Program Aid Given: _____ |
| <b>Childcare</b> decision made by: _____      | Date: _____                |
| Applicant notified by: <i>(initial)</i> _____ | Date: _____                |
| <b>Fitness</b> decision made by: _____        | Date: _____                |
| Applicant notified by: <i>(initial)</i> _____ | Date: _____                |

Use the space below for notes such as logging attempts to contact, clarification on amounts, etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Last updated 01/21/21

---