



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Solicitud de Membresía Para Todos, Asistencia para cuidado infantil y programas

OPCIONES DE PLAN DE PAGO

Puede adquirir su membresía mediante las siguientes opciones:

- Pago semestral o anual (en circunstancias especiales, se puede ofrecer un plan de pago en cuotas de 3 meses).
- Débito mensual directo desde una cuenta corriente, de ahorros, tarjeta de débito o crédito.
- Los pagos por cuidado infantil se facturan según el calendario de facturación normal, independientemente de la asistencia.
- Las cuotas del programa se abonan en el momento de la inscripción.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

- Es su responsabilidad notificarnos si sus ingresos cambian para que podamos reevaluar su tarifa de la Membresía Para Todos.
- Se proporcionará un máximo del 40% de asistencia para cuidado infantil y programas a cada persona afiliada, con algunas exclusiones. Si tiene circunstancias excepcionales, indíquelas en la sección Cuéntenos más.
- Los siguientes elementos **no** son elegibles para la asistencia financiera:
 - Ropa/Trajes de equipo que un participante conservará
 - Materiales del programa que el participante conservará
 - Proyecto de Casillero infantil/Rincón infantil
 - Clases particulares o instrucción
 - Artículos de reventa
 - Fiestas de cumpleaños
 - Tarifas de competición (gimnasia, danza, natación)
- Solicite su membresía en la ubicación de la YMCA a la que accederá con mayor frecuencia. Tendrá acceso a todas las instalaciones de la YMCA de Fox Cities.
- Debe presentar un comprobante de ingresos para todos los adultos de la unidad familiar para determinar su membresía y asistencia para el cuidado infantil y programas.
- Una membresía familiar/para adultos + niños incluye a todos los hijos dependientes hasta los 29 años que residan en el hogar.
- Su membresía y asistencia para programas son válidas durante un máximo de 6 a 12 meses. Después de este período, deberá volver a solicitar y presentar un comprobante de ingresos actualizado.
- Si está solicitando asistencia para un sitio de cuidado infantil con licencia, deberá presentar una solicitud al condado/Wisconsin Shares antes de solicitar MFA a través de la Y.
- Su asistencia para el cuidado infantil, si corresponde, tiene una validez máxima de 6 meses.
- Para evitar una interrupción del servicio, deberá volver a presentar la solicitud antes de que expire su asistencia actual y se le pedirá un comprobante de ingresos actualizado.
- Para ser elegible para la asistencia para el cuidado infantil, los padres/tutores deben estar empleados o matriculados en la escuela.
- Se requiere un uso mínimo de cuatro (4) veces al mes para la renovación de la membresía por hogar.
- Las tarifas de membresía están sujetas a cambios.

Misión de Y: Poner en práctica los principios cristianos promoviendo actividades para jóvenes, adultos y familias que fomenten un espíritu, mente y cuerpo sanos para todos.

Revisado el 3/28/2024

PARA SER CONSIDERADO PARA MFA, PROPORCIONE LO SIGUIENTE

- Una identificación con fotografía y fecha de nacimiento.
- Cualquier documentación de ingresos como:
 - Formularios de Impuestos Federales 1040
 - Documentos que muestren los ingresos más recientes, de los últimos 30 días.
 - Documentación de formas adicionales de ingresos (si corresponde), seguridad social, pensión, jubilación, incapacidad federal y estatal/SSI, incapacidad VA, desempleo, cuota alimentaria, manutención infantil, pagos de cuidado de crianza, pensión alimenticia/mantenimiento o cualquier otro ingreso/asistencia no mencionado.

*Se requiere verificación de ingresos para todos los miembros del hogar que no figuren como dependientes en sus impuestos.

***La YMCA se reserva el derecho de negar asistencia sin la documentación apropiada.**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____ M / F

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono (____) _____ F. de _____

nacimiento Email _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Si el solicitante es menor de 18 años: Nombre del padre/madre/tutor: _____

TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Adulto _____ F. Nac. _____

M/F Niño _____ F. Nac. _____

M/F Niño _____ F. Nac. _____

M/F Niño _____ F. Nac. _____

M/F Niño _____ F. Nac. _____

M/F Niño _____ F. Nac. _____

¿Vive alguien más en su hogar aparte de las personas que figuran en la solicitud? Sí No

ESTOY SOLICITANDO

Membresía

Programa _____

Cuidado infantil: primera infancia y edad escolar.

Indique sitio cuidado infantil:

INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA DEL CONDADO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (solo para centros autorizados) Para maximizar sus beneficios, solicite primero la asistencia del condado.

¿Ha solicitado la asistencia para el cuidado infantil del condado?

Sí No

¿Le aprobaron la asistencia para el cuidado de niños del condado?

Sí No

CUÉNTENOS MÁS:

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

¿Recibe usted o algún miembro de su hogar alguno de los siguientes ingresos?

Recibos de pago de su trabajo actual: Sí No

Pagos de jubilación o pensión: Sí No

Beneficios federal o estatal de SSI/Incapacidad o de viuda: Sí No

Pagos en efectivo por trabajo: Sí No

Prestaciones por desempleo: Sí No

Pensión alimenticia o manutención de los hijos: Sí No

Asistencia alimentaria o de vivienda: Sí No

Ayuda por adopción, acogida o parentesco: Sí No

Ayuda económica de un amigo o familiar: Sí No

Prueba de condición de estudiante a tiempo completo: Sí No

Si solicita ayuda para su membresía, ¿cuánto puede pagar mensualmente por la membresía? \$ _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y completa, y que no tengo ingresos adicionales no mencionados anteriormente. Me comprometo, si es necesario, a enviar información y documentación adicionales para respaldar las declaraciones anteriores. Entiendo que la asistencia se basa en la necesidad. En caso de que yo o mis hijos debamos cancelar nuestra participación, me pondré en contacto con la Y de inmediato para que se pueda brindar asistencia a otras personas. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en que no sea elegible para recibir asistencia ahora ni en el futuro.

Firma de la persona que completa el formulario

Fecha