



FOR YOUTH DEVELOPMENT  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

## BIENVENIDA A TODOS

### Solicitud para el Programa de Becas

Con el compromiso de fomentar el potencial de los niños, la promoción de una vida saludable, y fomentar un sentido de responsabilidad social, la Y asegura que cada individuo tiene acceso a los elementos esenciales necesarios para aprender, crecer y prosperar. Y la bienvenida a todos los que deseen participar y cree que nadie debe ser negado el acceso a la Y en función de sus medios financieros. A través de nuestro programa de becas, la Y proporciona asistencia a jóvenes, adultos y familias en base a las necesidades y circunstancias individuales. AY beca es una cosa valiosa para buscar y, si es recibido, de los cuales al estar orgullosos. Becas reducen las tasas, no eliminarlos. Debido dólares en becas son limitadas, y puestos a disposición a través de la generosidad de muchos donantes, se anima a los solicitantes a pagar tanto como sea posible hacia el programa.

Programa de aplicación para:

---

Esta su hijo un miembro de Y?  Sí  No

Si no tiene usted solicitado una beca de miembros?  Sí

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  No

Mano en los formularios completados a un personal de Servicios para Miembros de escritorio o aplicación de correo a:

Atención: Comité de Becas

Skaneateles YMCA, 97 State Street. Skaneateles, NY 13152. 315.685.2266 [www.auburnymca.org/skaneateles](http://www.auburnymca.org/skaneateles)

### INFORMACIÓN DEL PROGRAMA PARTICIPANTE

Nombre Edad \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Grado: \_\_\_\_ Es hijo de un miembro de Auburn o Skaneateles Y? Y N

Niño ha recibido una beca Y en el pasado? Sí No Si es así, por qué programa?

---

Nombre Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Grado: \_\_\_\_ Es hijo de un miembro de Auburn o Skaneateles Y? Y N

Niño ha recibido una beca Y en el pasado? Sí No Si es así, por qué programa?

\_\_\_\_\_

Nombre Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Grado: \_\_\_\_ Es hijo de un miembro de Auburn o Skaneateles Y? Y N

Niño ha recibido una beca Y en el pasado? Sí No Si es así, por qué programa?

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Teléfono:

\_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Ocupación:

\_\_\_\_\_

método preferido de comunicación (círculo uno):

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO CORREO

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Teléfono:

\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

método preferido de comunicación (círculo uno):

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO CORREO

Todos aquellos que viven en este hogar

Padre / tutor / Adulto \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Padre / tutor / Adulto \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Padre / tutor / Adulto \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Padre / tutor / Adulto \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Padre / tutor / Adulto \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN FINANCIERA ... Por favor complete toda la información, artículos 1, 2 y 3 son campos obligatorios.

1. INCOME..please incluir con sus documentos de solicitud de apoyo a lo siguiente:

Documentos que demuestren más reciente de 30 días de ingreso (incluyendo talones de pago o la documentación de ayuda del gobierno). Por favor, incluya documentos de ingresos para todos los adultos que viven en el hogar.

## 2. GASTOS

<p>Ingreso bruto mensual:</p> <p>Salario: _____</p> <p>CHASQUIDO: _____</p> <p>SSI: _____</p> <p>Pensión: _____</p> <p>Asistencia pública: _____</p> <p>Otro: _____</p> <p>Total: \$ _____</p>	<p>Gastos mensuales:</p> <p>Alquilar: _____</p> <p>Utilidades: _____</p> <p>Comida: _____</p> <p>Seguro: _____</p> <p>Médico: _____</p> <p>Ropa: _____</p> <p>Otro: _____</p> <p>Total: \$ _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. ¿Cuánto puede pagar? \_\_\_\_\_

DÍGANOS más Por favor, explique brevemente por el que solicita la asistencia y cómo una beca beneficiará a su hijo o su familia. Por favor, incluya cualquier información adicional o atenuante que no fueron incluidos anteriormente. Se está haciendo esta solicitud para razón médica? Si es así por favor indique la condición médica y el nombre del médico

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

Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta hoja.

POR FAVOR, lea y firme abajo Certifico que la información anterior es completa a lo mejor de mi conocimiento y que no tienen un ingreso adicional no representado anteriormente. Si es necesario, estoy de acuerdo para enviar información y documentación adicional para apoyar las declaraciones anteriores. Yo entiendo que la asistencia de becas se basa en las necesidades; en el caso de que yo o mis hijos deben cancelar nuestra participación voy a ponerse en contacto con la YMCA de inmediato para el patrocinio se puede proporcionar a los demás. Yo entiendo que si falsifico cualquiera de la información anterior, no voy a ser elegible para la ayuda ahora y en el futuro.

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

-----

Para uso de oficina:

Fecha Aprobado \_\_\_\_\_

Tarifa completa: \_\_\_\_\_

Beca: \_\_\_\_\_

Familia Pays: \_\_\_\_\_

notificado  correo  teléfono

revisado 9/13