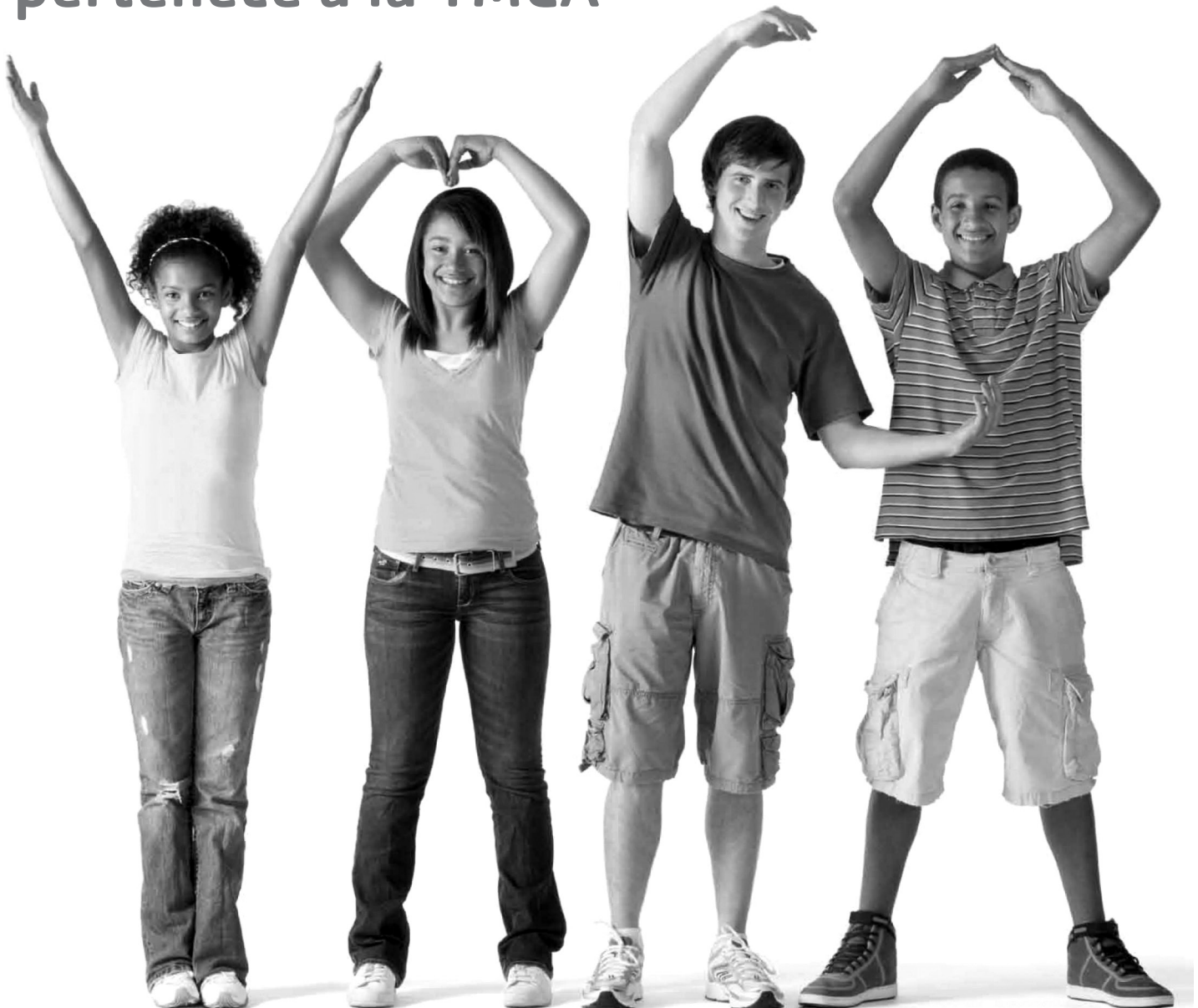




**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES!  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

# **PUERTAS ABIERTAS**

**Porque todo el mundo  
pertenece a la YMCA**





# PUERTAS ABIERTAS

Porque todo el mundo pertenece a la YMCA

## SOLICITUD CONFIDENCIAL DE AYUDA FINANCIERA

La YMCA de Denver Metropolitano es una organización sin fines de lucro que ofrece servicios humanos y de salud, dedicada a ayudar a la gente en alcanzar todo su potencial en espíritu, mente, y cuerpo. Estamos aquí para servirles a todas las personas, independientemente de su edad, origen o antecedentes, habilidades, o ingresos. Ya que somos una organización basada en la comunidad, creemos que nuestros programas y servicios deben ser disponibles a todos. Por eso, ofrecemos el programa PUERTAS ABIERTAS, una escala móvil de costos según la situación económica de l individuo. Creemos que un sentido fuerte de propiedad y orgullo se desarrolle cuando el recipiente contribuye al costo de su involucramiento en la YMCA, así que **le pedimos pagar una parte de las cuotas.**

Los fondos disponibles para PUERTAS ABIERTAS son hechos posibles por la generosidad de nuestros miembros, voluntarios, y donantes a través de nuestra campaña anual de recaudación de fondos de Apoyo Comunitario.

En el formulario adjunto, usted debe proveer la información pedida acerca de sus ingresos, el tamaño de su familia, y sus gastos necesarios para que se pueda otorgar ayuda financiera en una manera justa y consistente. Toda la información se mantendrá confidencial. Se reconsiderará la elegibilidad de la ayuda después de un plazo de seis meses, a menos que se indique lo contrario. Cuando Ud. vuelve a solicitar ayuda, las cuotas estarán sujetas a aumentar. Si Ud. no vuelve a solicitar ayuda cuando pedido, se puede cancelar su inscripción.

**Para dar curso a su solicitud, necesitamos verificación de sus ingresos familiares, que puede venir de cualquier de las fuentes abajo:**

- Los dos últimos recibos de sueldo; recibos de subsidios de desempleo, por discapacidad, o de seguro social; extracto bancario; o una carta de verificación del empleador, una copia de la última declaración de la renta, o una verificación de asistencia pública
- Tiene que incluir a todos los adultos en su casa y sus ingresos. Los solicitantes quienes no declaran la renta tienen que verificar algún tipo de ingresos.

Según una revista rigurosa, un(a) director(a) de la YMCA determinará la elegibilidad para ayuda financiera. Puede tardar hasta 2 semanas en dar curso a su solicitud. Se puede pedir una entrevista personal. Le notificará por teléfono y/o correo si se ha aprobado su solicitud o si necesita presentar información adicional. Se concederá las becas por orden de llegada, sujeto a los recursos disponibles.

Todos los miembros y participantes de los programas de la YMCA reciben los mismos beneficios, reciba ayuda financiera o no. Los miembros de la YMCA se pueden sentir muy bien al saber que están involucrados en una organización que fortalece las bases de nuestras comunidades a través de la formación de niños y jóvenes, la promoción de una vida saludable y la responsabilidad social.

# SOLICITUD CONFIDENCIAL DE AYUDA FINANCIERA

Por favor llene los dos lados de la solicitud con letra de molde.

Sucursal:  Adams County (Condado de Adams)  Duncan (Arvada)  Aurora  Downtown (Centro)  
 Glendale  Manual High School Community Branch (Centro de Programas Comunitarios)  Littleton  
 Schlessman (University Hills)  Southwest (Suroeste)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (laboral): \_\_\_\_\_

Nombre de cónyuge o otro adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (laboral): \_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los otros miembros de la familia o cargas familiares.

	Nombre del niño/a o adulto	Edad	Fecha de nacimiento	Membresía o programa solicitado
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Número de adultos en casa: \_\_\_\_\_ Número de niños en casa: \_\_\_\_\_

## INGRESOS BRUTOS Y GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA

### INGRESOS

Empleo \_\_\_\_\_  
Manutención a los hijos/al cónyuge \_\_\_\_\_  
Subsidios de seguro social/por discapacidad \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Total de otros ingresos \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

### GASTOS

El alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Manutención a los hijos \_\_\_\_\_  
Medical \_\_\_\_\_  
Total de otros gastos \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

Por favor, háganos saber de cualquier circunstancia o gasto atenuante que Ud. quiere que la YMCA considere antes de dar curso a esta solicitud. (Use una hoja adicional si es necesario.)

Mediante el presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anteriormente expuesta es verdadera. Acepto informar a la YMCA de cualquier cambio en ingreso o tamaño de familia. Entiendo que información falsa o incompleta podría poner en peligro la ayuda financiera que recibo.

X \_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor/adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha (VER AL DORSO)

**Por favor conteste las preguntas siguientes:**

Es Ud. miembro actual de la YMCA?  Sí  No

Ha solicitado ayuda financiera de cualquier sucursal de la YMCA en Denver anteriormente?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿en qué programa(s)? \_\_\_\_\_ ¿Para cuál(es) año(s)? \_\_\_\_\_

**Por favor llene las áreas de abajo para las cuales pide ayuda financiera. Si la solicita para más de un área, indique la prioridad usando un número (de 1 a 5) en las cajitas grises.**

MEMBRESÍA		PROGRAMA	
<b>Escoja una:</b>		<b>Escoja:</b>	
<input type="checkbox"/> Joven (10-18)	<input type="checkbox"/> Adulto joven (19-26)	<input type="checkbox"/> Deportes para adultos	
<input type="checkbox"/> Adulto (27-59)	<input type="checkbox"/> Tercera edad (60+)	<input type="checkbox"/> Programas para jóvenes	
<input type="checkbox"/> Doble	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Deportes para jóvenes	
<input type="checkbox"/> Familia monoparenta	<input type="checkbox"/> Familia tercera edad	<input type="checkbox"/> Clases de natación: <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	
		<input type="checkbox"/> Otro _____	
* Los solicitantes para membresía tienen que volver a solicitar ayuda cada seis meses. Se monitorizará su uso de las instalaciones cada tres meses. Aquellos que ingresan menos de 4 veces al mes perderán su beca y los dólares se redistribuirán a otro recipiente.		* Los solicitantes para programas tienen que volver a solicitar ayuda cada seis meses.	

**CUIDADO DE NIÑOS**

EDUCACIÓN TEMPRANA	CUIDADO DE NIÑOS DE EDAD ESCOLAR	CAMPAMENTO DE DÍA
<b>Escoja:</b>	<b>Escoja:</b>	Número de semanas solicitadas: _____
<input type="checkbox"/> Bebé (6 semanas-1 año, caminando)	<input type="checkbox"/> Solamente antes de la escuela	Fecha de inicio preferida: _____
<input type="checkbox"/> Bebé mayor (1-3 años)	<input type="checkbox"/> Solamente después de la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Preescolar (3-5 años, no necesita pañales)	<input type="checkbox"/> Antes de y después de la escuela	Número de niños: _____
<input type="checkbox"/> Other (please specify)	<input type="checkbox"/> Descansos de la escuela	Ubicación preferida: _____
_____	Fecha de inicio preferida: _____	_____
Fecha de inicio preferida: _____	Número de niños: _____	
_____	Ubicación preferida: _____	

He contactado a los servicios sociales.  Califico  No califico Si calificado, Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre de trabajador(a) social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

1. La ayuda financiera para cuidado de niños solo se concederá si los adultos en la casa están trabajando durante las horas para las cuales se necesita el cuidado, o si el padre o la madre es estudiante (se requiere prueba de inscripción).
2. Si un padre/una madre está sin trabajo y está buscando empleo, o si recibe subsidios por discapacidad o asistencia pública, le concederá un máximo de 4 semanas de ayuda financiera.
3. Los padres de acogida tienen que presentar prueba de los ingresos familiares, además de la ayuda concedida para el niño acogido.
4. Los solicitantes para cuidado de niños tienen que volver a solicitar ayuda al principio del año escolar. Los solicitantes para el campamento de día de verano tienen que volver a solicitar ayuda antes del comienzo del programa.

<b>To Be Completed By YMCA Staff (Solo para el uso del personal de la YMCA)</b>			
Date Received: _____	Date Processed: _____		
Staff: _____	Staff: _____	Amt. Awarded: \$ _____	