



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

## Política/Solicitud de Asistencia Financiera de la YMCA de los Condados de Bucks y Hunterdon

YMCA de los condados de Bucks y Hunterdon es una organización caritativa y sin fines de lucro, comprometida a fortalecer nuestras comunidades a través de la membresía y programas que fomentan el desarrollo juvenil, la vida saludable y la responsabilidad social para todos. La Junta Directiva de la YMCA de los Condados de Bucks y Hunterdon cree firmemente que la YMCA es para todos. Nadie será rechazado debido a su incapacidad para pagar, sujeto a la disponibilidad de fondos. Nuestra misión es servir a la gente de la comunidad de los condados de Bucks y Hunterdon.

La ayuda no es una limosna, sino una mano amiga. La YMCA está aquí para personas de todos los ámbitos de la vida, cuando las cosas están bien y cuando hay problemas. La mayoría de las personas pueden pagar los programas de calidad de la Y y esperan pagar tarifas por un sentido de responsabilidad personal. En tiempos de necesidad, la asistencia financiera de YMCA continúa esta responsabilidad en una asociación de asistencia. Cada participante pagará una parte de las cuotas, en función de los ingresos brutos del hogar y las necesidades específicas del individuo o la familia. La ayuda se concederá en función de las necesidades financieras. La YMCA se reserva el derecho de rechazar la asistencia a cualquier solicitante. La asistencia financiera es un acuerdo temporal que extiende la asistencia en un momento de necesidad. A medida que la necesidad disminuye, se espera que, en consecuencia, su parte de pago aumente.

Antes de que se otorgue asistencia financiera para nuestros Centros de Educación Juvenil, tendremos que verificar si calificará para recibir fondos a través del Centro de Recursos de Aprendizaje Temprano (ELRC) o New Jersey Cares for Kids (NJCK Norwescap). Estas agencias son programas de cuidado infantil subsidiados que ayudan a las familias de bajos ingresos a pagar sus tarifas de cuidado infantil. Los gobiernos estatales y el gobierno federal financian este programa, que es administrado por ELRC o Norwescap. Revise sus pautas para determinar su elegibilidad y envíeles una solicitud a ellos directamente. Proporcione a la Y una copia de su Carta de Elegibilidad que recibirá de ELRC o Norwescap después de que procesen su solicitud.

Para los solicitantes de PA, por favor aplique a ELRC en:

<https://philadelphiaelrc18.org/wp-content/uploads/2019/05/Application-English-.pdf>

Para los solicitantes de NJ, por favor aplique a Norwescap en:

[https://norwescap.org/wp-content/uploads/2022/04/Subsidy.Application.Packet.Color\\_.3-22-2022.1.pdf](https://norwescap.org/wp-content/uploads/2022/04/Subsidy.Application.Packet.Color_.3-22-2022.1.pdf)

### PROCESO DE SOLICITUD / DIRECTRICES

- Espere al menos 3 semanas para el procesar su solicitud.
- Recibirá una carta por correo notificándole para que nivel de asistencia califco. La ayuda se concederá por un año. Si es que aún requiriera asistencia.

#### Contacto:

Catherine Refice, directora Asociada de Asistencia Financiera

215-348-8132 X1139, Fax 215-348-3084

[crefice@ymcabhc.org](mailto:crefice@ymcabhc.org)

YMCA de los condados de Bucks y Hunterdon: 2500 Lower State Road, Doylestown, PA 18901

Puede encontrar más información y nuestras Pautas de Asistencia Financiera en [ymcabucks.org/fa](http://ymcabucks.org/fa) o [hcyymca.org/community/financial-assistance](http://hcyymca.org/community/financial-assistance)

Solicitud de Asistencia Financiera de la YMCA de los Condados de Bucks y Hunterdon  
**TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL**

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

**Por favor escribe claramente y llene esta solicitud por completo. Respuestas dejadas den blanco atrasaran el proceso.**

Persona solicitando asistencia: (Si es menor de edad use el nombre del padre o tutor):

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (se requiere por ser este nuestro primer medio de comunicación para contactarlo a usted) \_\_\_\_\_

Número durante el día en el que podemos contactarlo o dejar un mensaje:

\_\_\_\_\_

Lista de todos los miembros de su familia que actualmente viven con usted (incluyéndose usted mismo). Indique si está solicitando asistencia para ellos.

Nombre:	Edad.	Fecha de nacimiento:	¿Requiere asistencia?
_____	_____	_____	SI _____. NO _____

Nombre:	Edad.	Fecha de nacimiento:	¿Requiere asistencia?
_____	_____	_____	SI _____. NO _____

Nombre:	Edad.	Fecha de nacimiento:	¿Requiere asistencia?
_____	_____	_____	SI _____. NO _____

Nombre:	Edad.	Fecha de nacimiento:	¿Requiere asistencia?
_____	_____	_____	SI _____. NO _____

Razón por la cual requiere asistencia financiera:

Enumere todas las fuentes de ingresos MENSUALES: \*  
SUELDOS Brutos/Salario \_\_\_\_\_

ADJUNTE TRES TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES Y CONSECUTIVOS Y ADJUNTE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS: Formulario 1040 con Anexos correspondientes si no tiene W-2

Manutención de menores/pensión alimenticia \_\_\_\_\_  
ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES / PENSIÓN ALIMENTICIA

Discapacidad/Seguro Social \_\_\_\_\_  
ADJUNTE LA DECLARACIÓN ACTUAL DEL SEGURO SOCIAL O DE DISCAPACIDAD

Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
ADJUNTE DOCUMENTO DE DETERMINACIÓN DE DESEMPLEO  
Otros ingresos: \_\_\_\_\_

ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN JUSTIFICANDO DICHO INGRESO.  
TOTAL, Ingreso BRUTO Mensual \$ \_\_\_\_\_

Enumere todos los gastos MENSUALES PRINCIPALES:  
Alquiler o Hipoteca \_\_\_\_\_

Manutención infantil / pensión alimenticia \_\_\_\_\_

Facturas médicas \_\_\_\_\_  
(SIN INCLUIR SEGUROS NI COPAGOS)

Préstamos Estudiantiles \_\_\_\_\_  
ADJUNTAR PAGO MENSUAL Y SALDO

Otro \_\_\_\_\_

TOTAL, Gastos Mensuales \$ \_\_\_\_\_

\* Se requiere documentación de soporte para poder empezar a procesar su solicitud.

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información fraudulenta descalificará mi solicitud para su consideración.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_