



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# SOMERSET COUNTY YMCA

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### SUCURSALES DE SOMERSET COUNTY YMCA

Bridgewater YMCA     Hillsborough YMCA     Somerville YMCA     Somerset Hills YMCA

### INFORMACION DE SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Solicitud Nueva o Renovación? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ESPOSA/O - PAREJA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ASISTENCIA FINANCIERA REQUERIDA PARA

Programas     Campamento     Preescolar/Guarderia     Cuidado De Niño De Edad Escolar  
 Membresía de familia     Membresía de joven adulto  
 Membresía de padre/madre soltero/a     Membresía de adolescente  
 Membresía de niño     Membresía de persona de tercera edad  
 Membresía de adulto     Membresía de pareja de tercera edad

### INFORMACION DE EMPLEO

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Estado de empleo:  Tiempo Completo     Medio Tiempo     Independiente     Desempleado     Discapacitado     Retirado  
Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Frecuencia del ingreso:  Semanal     Bi-semanal     Quincenal     Mensual  
Nombre de Empleador de Esposa/o - Pareja: \_\_\_\_\_  
Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Estado de empleo:  Tiempo Completo     Medio Tiempo     Independiente     Desempleado     Discapacitado     Retirado  
Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Frecuencia del ingreso:  Semanal     Bi-semanal     Quincenal     Mensual



### INFORMACION FAMILIAR

Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado/a  Divorciado  Viudo

¿Cuántos adultos en la casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos niños en la casa? \_\_\_\_\_ Total de personas en la familia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Alquila o es dueño de casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cómo la paga?  Cheque  Efectivo  Giro postal

¿Alguien en su familia tiene un fondo fiduciario de necesidades especiales?  Sí  No

### INGRESOS TOTALES MENSUALES ANTES DE IMPUESTOS\*

Ingreso mensual bruto \$ \_\_\_\_\_

Esposa/o - pareja \$ \_\_\_\_\_

Ingreso de negocio \$ \_\_\_\_\_

Ayuda Estatal/TANF/SSI/DDD \$ \_\_\_\_\_

Desempleo \$ \_\_\_\_\_


Suporte infantil \$ \_\_\_\_\_

Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos totales mensuales antes de impuestos\*** \$ \_\_\_\_\_

\*Bruto.

**PREGUNTAS?**  
 Le podemos ayudar. Por favor póngase en contacto con la sucursal que le corresponda.



La información proporcionada en esta solicitud es cierta, correcta y completa. Entiendo que el Somerset County YMCA verificará mis ingresos como los he reportado en esta solicitud. Cualquier falsificación deliberada de la información presentada resultará en una descalificación para la asistencia financiera. Al firmar este documento yo atestiguo que la información es correcta en el mejor de mi conocimiento.

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

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

Por favor, envíe esta solicitud junto con la documentación necesaria a la sucursal correspondiente:

#### BRIDGEWATER YMCA & SOMERVILLE YMCA

Attn: Irene Calabrese, Membership Director  
2 Green St.,  
Somerville, NJ 08876  
(P) 908 722 4567  
(E) icalabrese@somersetcountyyymca.org

#### HILLSBOROUGH YMCA

Attn: Kim Cole, Executive Director  
19 East Mountain Rd.,  
Hillsborough, NJ 08844  
(P) 908 369 0490  
(E) kcole@somersetcountyyymca.org

#### SOMERSET HILLS YMCA

Attn: Beatriz Dominguez,  
Financial Assistance Coordinator  
140 Mt. Airy Rd., Basking Ridge, NJ 07920  
(P) 908 766 7898 x346  
(E) financialassistance@somersetcountyyymca.org