



YMCA of the North Shore FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

ID# _____

Everyone belongs at the Y! Our Financial Assistance program enables all individuals and families to become active members and participants at a rate that fits their budgets. This program is possible thanks to the many generous donors who support the YMCA's Annual Campaign — 100% of donations made to the Y help support kids, adults and families in need.

Member Name: _____ Phone: _____ New Application
Email: _____ Address: _____ Renewal

1: Tell us who lives in your household.

_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Employee: _____
Name	Date of Birth		Employer

How many children live in your household? _____

2: Outline your gross household income.

ALL APPLICABLE DOCUMENTS REQUIRED

Gross Wages, Salary & Tips	\$ _____	<input type="checkbox"/> Federal Income Tax Return	<input type="checkbox"/> Pay Stubs (most recent month's)
Unemployment Compensation	\$ _____	<input type="checkbox"/> Unemployment Award Letter	
Child Support / Alimony	\$ _____	<input type="checkbox"/> Court Award Letter &/or D.O.R. Statement	
Social Security / Government Assistance	\$ _____	<input type="checkbox"/> Agency Award Letter	
Retirement / Investments	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensions / Annuities / All Other Income Statements	

What's your household's gross annual income? \$ _____

3: Choose which scholarship(s) you need.

Membership Program Camp/Childcare

Circle Membership Type:

2 Adult w/children 1 Adult w/children 2 Adult 1 adult Young adult Teen Youth

Initials

*I understand that to remain eligible for this Membership For All rate, my income verification must be received within two weeks, or my membership will automatically convert to the regular rate of \$ _____ per month. If your state subsidy expires and is not renewed your membership will increase to the full amount.

REQUIRED CAMP/CHILDCARE INFORMATION

1. Is your child currently attending child care (YMCA or other) in a government assisted slot? _____ YES _____ NO
If yes, check one: Basic/Income eligible contracted slot Where is s/he currently attending child care?
 Voucher
 Other _____

2. Are you currently on the state's waiting list to receive subsidized child care? _____ YES _____ NO
If no, in order to receive Y assistance, you must contact Child Care Circuit at 978-686-4288 (MA) or 603-433-8300 (NH) to be placed on the voucher waiting list.

3. If applying for camp, how many weeks are you looking for? _____

For office use only:

Membership Start Date: ____/____/____ Income Verification Received: ____/____/____ Verified Annual Gross Income: \$ _____
Approved for: 1 Year 2 Years 3 Years Review Month: ____/____ Scholarships: MFA _____% PFA _____% CCFA _____%

Staff Initial

Your estimated* monthly membership dues will be: \$ _____



YMCA of the North Shore Solicitud de Asistencia Financiera

ID# _____

Todo el mundo pertenece a la Y! Nuestro programa de asistencia financiera permite a todos los individuos y familias que se conviertan en miembros activos y participantes a costo que se adapte a su presupuesto. Este programa es posible gracias a los muchos donantes generosos que apoyan la Campaña Anual de la YMCA - 100% de las donaciones hechas a la Y de apoyo dan ayuda a los niños, adultos y familias en necesidad.

Nombre del Miembro _____ Telefono: _____ Nueva Aplicación
Email: _____ Dirección: _____ Renovación

1: Quien vive en su hogar.

Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador
Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador
Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador
Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador
Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador
Nombre _____	____/____/____ Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado: _____ Empleador

Cuantos niños viven en su hogar? _____

2: Detalle su ingreso total familiar.

TODOS LOS DOCUMENTOS PERTINENTES Y REQUERIDOS

Salario total y propinas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales	<input type="checkbox"/> Talonarios (mes mas reciente)
Compensacion por desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Carta de Desempleo	
Manutención/pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Carta de Declaracion de la Corte/ o Declaracion del Departamento de Ingresos	
Seguro Social/ Asistencia del Gobierno	\$ _____	<input type="checkbox"/> Carta de Adjudicacion de Departamentos de Asistencia Transitoria	
Retiro/Inversiones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pension/ Anualidades / Todos demás documentos de ingreso	

Cual es el ingreso total anual familiar? \$ _____

3: Elija para cual opcion necesita asistencia.

Membrecia Programas Campamento/Cuido de Niños

Circule Tipo de Membrecia:
2 Adultos con niños 1 Adulto con niños 2 Adultos 1 Adulto Adulto joven Joven Juvenil

Initials *Entiendo que para seguir siendo elegible para esta membresía, mi verificación de ingreso debe ser recibido dentro de dos semanas, o mi membresía se convertirá automáticamente al precio regular de \$ _____ por mes. Si el subsidio estatal expira y no se renueva su membresía se incrementará a la cantidad completa

REQUERIDO INFORMACION PARA CUIDO O CAMPAMENTO

1. Actualmente se asiste a su hijo el cuidado de niños (YMCA u otro) en una ranura con ayuda del Estado? _____ SI _____ NO

Si, marque uno de los siguientes:
 Basico/espacio de contrato por ingreso Donde su niño esta atendiendo
 Voucher cuidado despues de escuela?
 Otro _____

2. Se encuentra actualmente en la lista de espera del estado para recibir cuidado infantil subsidiado? _____ SI _____ NO

Si no, con el fin de recibir asistencia Y, debe ponerse en contacto con Child Care Circuit en **978-686-4288 (MA)** o **603-433-8300 (NH)** para ser colocado en la lista de espera de vales.

3. ¿Si la solicitud de campamento cuántas semanas está buscando? _____

For office use only:

Membership Start Date: ____/____/____ Income Verification Received: ____/____/____ Verified Annual Gross Income: \$ _____
Approved for: 1 Year 2 Years 3 Years Review Month: ____/____ Scholarships: MFA _____% PFA _____% CCFA _____%

Staff Initial

Your estimated* monthly membership dues will be: \$ _____