



**FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

FACILITY MEMBERSHIP	
<input type="checkbox"/> Youth (12 and under)	<input type="checkbox"/> Two Adult*
<input type="checkbox"/> Teen (13-18)	<input type="checkbox"/> Family*
<input type="checkbox"/> Young Adult (19-24)*	<input type="checkbox"/> Senior (60+)*
<input type="checkbox"/> Adult (25-59)*	<input type="checkbox"/> Senior Family*

**\$15 joining fee applicable.*

PROGRAM MEMBERSHIP

YMCA OF METRO ATLANTA FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

NEW APPLICATION **RENEWAL APPLICATION**

STEP 1 Enter household information (ONLY IF NEW APPLICANT). Date Application Submitted ____/____/____

First/Last Name: _____ DOB (MM/DD/YYYY): ____/____/____ Age: ____ Gender: ____

Phone #: _____ E-mail Address: _____

Address: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

Emergency Phone Type: Home / Work / Mobile Phone #: _____ Emergency Contact: _____

List names (including last names if different from applicant) and ages of everyone residing in your household that you would like on membership:

First Name, Last Name	Age	DOB MM/DD/YYYY	Gender	Relationship Example: wife, son, etc.
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____

STEP 2 Verify current total household income, sign, and submit supporting documents.

- Submit a copy of last year's tax return – form 1040 **AND** a copy of one of the following supporting documents:
- last two pay stubs
 - a letter from employer verifying current salary
 - social security or disability check/award letters
 - unemployment income verification letter

What is the combined/total annual household income? \$ _____ What amount can you pay monthly? \$ _____

Special Circumstances (if any): _____

Signature _____ Date _____

PROGRAM ONLY Specify number of scholarships needed per category and refer to program guide for details.

NO.	CATEGORY	PROGRAM / CHILD'S NAME / AGE	DATES & TIMES
_____	Youth Sports	_____	Season/Year: _____
_____	Adult Sports	_____	Season/Year: _____
_____	After-School	_____	School Year: _____
_____	Aquatics	_____	Session(s): _____ Time: _____
_____	Day Camp	_____	Week(s): _____
_____	Family	_____	Session(s): _____ Time: _____
_____	Wellness	_____	Session(s): _____ Time: _____

ADMINISTRATION ONLY					
Membership Level	Membership Type	Household Income	Approved % / Amt.	Date Approved	Approved By
Program Type	Projected Registration Cost	Department ID	Approved % / Amt.	Date Approved	Approved By



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

<input type="checkbox"/> MEMBRESÍA DE PROGRAMA (PROGRAM MEMBERSHIP)	MEMBRESÍA GENERAL (FACILITY MEMBERSHIP)	
	<input type="checkbox"/> Niño* (12 años y menores de 12) <input type="checkbox"/> Adolescente (13 a 18 años) <input type="checkbox"/> Adulto joven (19 a 24)* <input type="checkbox"/> Adulto (25 a 59)*	<input type="checkbox"/> Dos adultos* <input type="checkbox"/> Familia* <input type="checkbox"/> Tercera edad (60 +)* <input type="checkbox"/> Familia de tercera edad*
<i>*\$15 de cuota de inscripción es aplicable</i>		

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PARA LA YMCA DE METRO ATLANTA

SOLICITUD NUEVA RENOVACIÓN DE SOLICITUD

PASO 1 Escriba la información del hogar (SÓLO SI ES UNA SOLICITUD NUEVA) Fecha en que sometió la solicitud ____/____/____

Primer nombre / Apellido: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de teléfono de emergencia: Casa / Trabajo / Celular No. de teléfono: _____ Contacto de emergencia: _____

Escriba los nombres (incluya el apellido si es distinto al del solicitante) y las edades de los que viven en su hogar que usted desea que estén en la membresía:

	Primer Nombre, Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento (mes / día / año)	Sexo	Parentesco (Ej.: esposa, hijo, etc.)
1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
4.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
5.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____
6.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____

PASO 2 Verifique el ingreso total actual del hogar, firme esta forma y presente los documentos necesarios.

Presente una copia de su declaración de impuesto del año anterior (forma 1040) Y una copia de los siguientes documentos:

- dos últimos talones de cheque
- cheque y/o carta de aprobación del seguro social o discapacidad
- una carta de su empleador donde se verifique su ingreso actual
- carta de verificación de ingreso por desempleo

¿Cuál es el ingreso anual combinado y, o total del hogar? \$ _____ ¿Qué cantidad puede pagar mensualmente? \$ _____

Circunstancias especiales (si alguna): _____

Firma _____ Fecha _____

PROGRAMA SOLAMENTE Indique el número de becas necesarias por categoría y consulte la guía del programa para los detalles.

Nº.	CATEGORÍA	PROGRAMA / NOMBRE DEL NIÑO / EDAD	FECHAS Y HORAS
_____	Deportes para jóvenes	_____	Temporada / Año: _____
_____	Deportes para adultos	_____	Temporada / Año: _____
_____	Después de la Escuela	_____	Temporada / Año: _____
_____	Acuáticos	_____	Sesión(es): _____ Hora: _____
_____	Campamento por Día	_____	Semana(s): _____
_____	Familia	_____	Sesión(es): _____ Hora: _____
_____	Bienestar	_____	Sesión(es): _____ Hora: _____

ADMINISTRATION ONLY					
Membership Level	Membership Type	Household Income	Approved % / Amt.	Date Approved	Approved By
Program Type	Projected Registration Cost	Department ID	Approved % / Amt.	Date Approved	Approved By