

Wenatchee Valley YMCA
Aplicación de beca para niños y jóvenes
Programa de asistencia financiera anual

Wenatchee Valley YMCA está comprometida a nunca negarle la participación a un niño por la inhabilidad de pagar. El programa de becas se hace posible mediante voluntarios apasionados y comprometidos, así como por donadores y corporaciones privadas que donan anualmente a la campaña "Partners with Youth". Puede encontrar disponible copia de la Política de Asistencia Financiera de la YMCA en www.wenymca.org. Se les solicita a los solicitantes ponerse en contacto con la Directora Ejecutiva si sienten que el YMCA no está cumpliendo con su compromiso.

INFORMACIÓN DE SU HOGAR

INGRESOS ANUALES DE SU HOGAR \$ _____ NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: _____

INFORMACIÓN DE ADULTO PRIMARIO

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELÉFONO : _____ CASA / CEL. COMPAÑÍA DE TELÉFONO : _____

QUIERO NOTIFICACIONES POR TELÉFONO: SI/ NO _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

INFORMACIÓN DE ADULTO SECUNDARIO

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

NUMERO DE TELÉFONO : _____ CASA / CEL. COMPAÑÍA DE TELÉFONO : _____

QUIERO NOTIFICACIONES POR TELÉFONO: SI/ NO _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

DEPENDENDES

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

RAZA/ETNICIDAD: ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO NEGRO/AFROAMERICANO CAUCÁSICO/BLANCO LATINO OTRO: _____

Por medio de la presente, solicito asistencia financiera de Wenatchee Valley YMCA para el niño/a nombrado. Certifico que financieramente no me es posible pagar las tarifas regulares. Si requiere ayuda adicional, llame al Y para solicitar una entrevista para trámite de beca. Se le solicitará que envíe información adicional basada en las Pautas de Subsidio de Washington para obtener apoyo adicional. Las becas estarán generalmente disponibles dentro de las 3 semanas de la solicitud presentada. Recibirá un correo electrónico confirmando su beca y si se necesita algo más para continuar. Si no está seguro sobre el estado de una solicitud de beca, comuníquese con la y al 509-662-2109.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

