

MEMBERSHIP FOR ALL

Membership & Program Support Application
Union County Family YMCA

Updated: 10/10/22

Name		✓ Place a check mark for each family member applying					
					Email		Parent/Guardian/Ac
Mailing Address City State Home Phone () Cell Phone () If an applicant is under 18: Parent's or legal guardian's name		Parent/Guardian/Ad	dult DOB				
		O Child	DOB				
		O Child O Child	DOB DOB DOB				
				○ Child			
				3. I AM APPLYING FOR ✓ Check the Category for which you are applying ○ YOUTH (ages 9–17) ○ YOUNG ADULT (18– 24) ○ ADULT (25+) ○ COUPLES ○ ONE ADULT + KIDS ○ TWO ADULTS + KIDS	I FILE FOR 1040 Fee For all in I am an in I am provi We filed m In our hou 104 \$ TOTAL ANI I certify that the about represented about represented about a contact the YMCA in I will not be eligible	deral Tax Form(s) ncomes in household dividual filing jointly: ding ONE 1040 form nore than ONE tax form usehold; we are providing 40 forms. NUAL HOUSEHOLD INCOME ove information is true and complete to ove. I agree, if necessary, to send addi ubsidy assistance is based on need. In mmediately so sponsorship can be pro for assistance now and /or in the futu	·
						Date your YMCA Branch for verification.	
FOR MEMBERSHIP STAFF USE ONLY Date _							
You met with Front desk staff :		and					
You have been pre-approved for a monthly rate of \$	w	ith an enrollment fee of \$	with a program subsidy of%				
This pre-approval is valid for 30 days and is subject to	verification.						



MEMBRESÍA PARA TODOS

Solicitud de membresía y apoyo al programa YMCA familiar del condado de Union

1. INFORMACION DE SOLICITUD

Nombre
Dirección de correo electrónico
Direccion de casa
Ciudad
Estado
Número de teléfono de casa
Número Celular
Si el solicitante es menor de 18 años: nombre del padre o tutor

2. TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA CASA

•	Coloque una marca de verificación para cada miembro de la familia que solicite	
	Padre / tutor / adulto	DOB
	Padre / tutor / adulto	DOB
	Niño/ Niña	DOB

3. ESTOY APPLICANDO PARA

- ✓ Marque la categoría para la que está solicitando
- ☐ JUVENTUD
- □ JOVEN ADULTO
- □ ADULTO
- □ PAREJAS
- ☐ UN ADULTO + NIÑOS
- □ DOS ADULTOS + NIÑOS

Certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y que no tengo ingresos adicionales no representados anteriormente. Acepto enviar información y documentación adicional para respaldar la declaración anterior. Entiendo que la asistencia de subsidio se basa en la necesidad. En el caso de que mis hijos o yo debamos cancelar nuestra participación, me pondré en contacto con la YMCA de inmediato para que se pueda proporcionar patrocinio a otros. Entiendo que si falsifico la información anterior, no seré elegible para recibir asistencia ni ahora ni en el futuro. Membredia calida por un ano.

4. PARA CALIFICAR, PROPORCIONE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

PRESENTÉ IMPUESTOS FEDERALES

PARA EL AÑO PASADO |

- ☐ Formularios de impuestos federales 1040 para todos los ingresos internos
- ☐ Soy un individuo que presenta una presentación conjunta: proporciono UN formulario 1040
- ☐ Presentamos más de UN formulario de impuestos en nuestra casa. Estamos proporcionando ___ formularios 1040.

\$

INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR

 \square Documentos que muestren los ingresos de los últimos 30 días

(Incluyendo recibos de pago o documentación de asistencia gubernamental)

\$.		X 12 MESES	=
	30 DÍAS DE INGRESOS		

INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR

Encuentre los documentos de apoyo que puede necesitar proporcionar en el sitio web de Servicios de Trabajo y Familia del Departamento de Trabajo de Ohio: odjfsbenefits.ohio.gov

• _______FIRMA FECHA

SOLO PARA USO DEL PERSONAL	Date		
You met with Front desk staff: You have been pre-approved for a monthly	rate of \$ with an enrollment fee of \$	with a program subsidy of%	
This pre-approval is valid for 30 days and is subj	ject to verification.		