



# SOLICITUD DE ASISTENCIA DE MIEMBROS

La Y se esfuerza por ofrecer oportunidades de bienestar para todos.  
Afiliación ayuda es posible gracias al generoso apoyo de nuestros donadores.

**Información debe estar completa y TODOS los documentos deben estar presentes para que esta solicitud sea procesada. Asistencia de 25% o 50% es disponible. Asistencia debe ser renovada cada año.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial de Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Numero de Telefono Primario:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**1. OCUPANTE DE LA CASA** - Porfavor apuntar a TODAS las personas en su casa, aunque no vayan a estar en la membresia.

Nombres de las personas en el hogar	Fecha de Nacimiento	Relación	Escuela / Lugar de Trabajo

**2. INGRESOS** - Se requiere prueba de todas las fuentes de ingresos para que esta solicitud sea procesada.

INGRESOS MENSUALES EN TOTAL (para todos los adultos)	PRIMER ADULTO	SEGUNDO ADULTO	OTRO
Salarios (antes de taxes)	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Estampillas	\$	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$	\$
Seguro Social FIP / SSI	\$	\$	\$
Otro (porfavor explicar)	\$	\$	\$
TOTAL PARCIAL	\$	\$	\$
<b>EL INGRESO TOTAL</b> (todas las fuentes)	\$		

**3. PRUEBA DE INGRESOS** - Para el ingreso antes mencionadas, conecte todos los que aplican:

- Declaración de impuestos más reciente o la verificación de la no presentación (REQUERIDO)
- Un mes de cheques más recientes de empleador
- Forma de verificación del Iowa Workforce Development si usted este desempleado. (2508 4th St #1, Sioux City, IA 51101)
- Declaraciones o letras declarando cualquier otra asistencia recibida: estampillas, Seguro Social, desempleo, etc.
- Qualaier otro documento

————— **OTRA CARA** —————

**4. REQUISITOS PARA LA SOLICITUDE DE ASISTENCIA** - La solicitud de asistencia es solamente posible con la generosidad de los donadores y becas. Para mejor beneficios de la solicitud de membrecía, los siguientes pasos son requisitos para todos los miembros recibiendo asistencia:

- Para una membrecía individual, requiere que el miembro use su membrecía al menos 6 veces por mes, y membrecía familiar requiere el uso mínimo de 10 veces por mes (cualquier miembro de la familia se considera como uno de los usos).
- Al menos un miembro de cada nueva composición de asistencia para miembros debe asistir a una sesión de bienestar gratuito dentro de los 60 días de iniciar la asistencia de miembros.
- Un miembro adulto de cada composición debe completar una breve encuesta inicial, y luego encuestas semestrales en Mayo y Noviembre.

## **5. INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS -**

**Uso de las Instalaciones** – Incumplimiento de los requisitos en un mes determinado se traducirá en 30 días periodo de libertad condicional. Si los requisitos de uso no se cumplen por segundo mes consecutivo, el precio de la membrecía subirá a precio normal. Si se cumplen los requisitos de uso de los siguientes meses, la asistencia será reintegrado al final del tercer mes si se han cumplido todos los demás requisitos. Continua violación de este requisito podrá dar lugar a la inelegibilidad de la asistencia de miembros.

**Sesión de "Bien Estar"** – El fracaso de al menos un miembro adulto de cada centro de membrecía activa para asistir a una sesión de bienestar gratuito dentro de los 60 días de unirse dará lugar a la membrecía. Vuelve automáticamente a la tarifa completa, tan pronto como el miembro adulto no asistido a una sesión de bienestar, la asistencia de miembros será reintegrada en el próximo periodo de facturación normal.

**Questionario** – No devolución y la encuesta completa (actualmente Noviembre y Mayo) requerida en el periodo indicado revertirá en la tasa de afiliación vuelve automáticamente a la tarifa completa en el primer periodo de facturación siguiente a la fecha.

**6. RENOVAR** - Asistencia para la membrecía se renueva anualmente y los miembros que reciben asistencia están obligados a proporcionar la documentación para demostrar su elegibilidad continua cada año de Mayo para cumplir el plazo de renovación dará lugar a la suspensión automática de la asistencia de miembros hasta el momento en que se presenta toda la documentación y aprobada.

*Firmando, confirmo que he entregado toda mi información de ingresos. Y que toda la información entregada es correcta a mi consentimiento. Doy permiso a Norm Waitt Sr. YMCA para verificar cualquier información entregada. Yo entiendo conscientemente con tal que ninguna información es falsa. Y si es mi solicitud de asistencia será cancelada inmediatamente. Yo seré responsable de repagar alguna asistencia que he recibido.*

*Yo entiendo que mi solicitud de asistencia es válida por un año. Debo renovar cada año y debo cumplir con los requisitos de la solicitud de asistencia. Si fallo en cumplir algún requisito, entiendo que el precio de mi membrecía será aumentado al precio regular.*

Iniciales de Miembro: \_\_\_\_\_

Iniciales de Empleado: \_\_\_\_\_

---

Firma

Fecha



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

## NUEVA ENCUESTA A LOS MIEMBROS

A Completar con Nuevas Solicitudes de Membresia

### 1. ¿A pertenecido a un YMCA, centro de salud o centro de bienestar?

No       Sí-YMCA       Sí-Centro de Salud/Instalacion: \_\_\_\_\_

¿Sí es asi, hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

### 2. ¿Y si el YMCA no asistiera a los miembros, todavia seria capaz de mantener la membresia o en otro centro de salud que no ofrece asistencia?

Sí       No

### 3. Por favor seleccione su pazon para unirse a YMCA. [Seleccione los que aplican.]

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buena salud                 | <input type="checkbox"/> Utilizar el gimnasio    |
| <input type="checkbox"/> Perder peso                 | <input type="checkbox"/> Utilizar las piscinas   |
| <input type="checkbox"/> Conocer gente nueva         | <input type="checkbox"/> Recomendacion de doctor |
| <input type="checkbox"/> Amigos pertencia            | <input type="checkbox"/> Clases de bienestar     |
| <input type="checkbox"/> Programas para las juventud | <input type="checkbox"/> La reducción de stres   |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____                 |  |

### 4. Calificar su nivel actual de actividad de 1 a 10. [1=inactivo y 10=muy activo] \_\_\_\_\_

### 5. Evaluar se conocimiento de ejercicio y estilos de vida saludables entre 1 y 10.

[Siendo 1 muy poco conocimiento y 10 muy bien informado] \_\_\_\_\_

### 6. ¿Como escucho del YMCA? [Seleccione los que aplican.]

- |                                  |                                     |                                   |   |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Amistad | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Radio    | <input type="checkbox"/> Correo             |
| <input type="checkbox"/> Miembro | <input type="checkbox"/> Doctor     | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Correo electronico |

### 7. ¿Cuantos días a la semana es lo que actualmente recibe lo minimo de 30 minutos de actividad fisica?

1       2       3       4       5 o mas

### 8. ¿Como podría el YMCA ayudarle a alcanzar sus metas de bienestar? [Seleccione los que aplican.]

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enseñarme como utilizar el equipo              | <input type="checkbox"/> Ayudarme a aprender comer mejorar               |
| <input type="checkbox"/> Ayudarme a conocer a los amigos de ejercer con | <input type="checkbox"/> Prestar servicios de guarderia mientras ejercer |
| <input type="checkbox"/> Como comenzar con clases en grupo              | <input type="checkbox"/> Me ayuda a mantener rumbo                       |

### 9. Es el YMCA una organización sin fines de lucro?

Sí       No