

Ingresos mensuales del hogar y gastos
TODA FUENTE DE ingresos deben ser reportados.

INGRESOS MENSUALES		GASTOS MENSUALES	
HOH Sueldos / Salarios / Propinas (bruto: antes de las deducciones)	\$	Renta / Hipoteca	\$
Los salarios esposo / salarios / propinas (Gross: antes de las deducciones)	\$	Utilidades	\$
Desempleo	\$	Teléfono de Casa/Celular	\$
Compensación del Seguro Social	\$	Internet	\$
Ayuda del Niño	\$	TV / Cable / Satélite	\$
Ayuda a Niños Dependientes	\$	Comida	\$
Estampillas de Comida	\$	Ropas	\$
Pensión Alimenticia	\$	Carro	\$
WIC	\$	Seguro	\$
Asistencia para la vivienda	\$	Pensión Alimenticia	\$
Jubilación / Pensión	\$	Ayuda del Niño	\$
Asistencia del Gobierno	\$	Médico	\$
Otro	\$	Otro	\$
Total	\$	Total	\$

¿Tiene uno de los siguientes planes de seguro de salud que cuenta con un plan de reembolso de fitness? Medica, BlueCross BlueShield de MN, Health Partners, Silver Sneakers o UCare de MN (En caso afirmativo, Sí NO por favor, envíe una copia de la tarjeta de seguro.)

Por favor, indique el tipo de membresía o programa / clase que usted está solicitando.

	del Mes	Annual
<input type="checkbox"/> Jóvenes (de 18 años o menos)	\$13.75	\$153
<input type="checkbox"/> College (edades 19 - 22. Stud FT min 12 créditos)	\$18.00	\$204
<input type="checkbox"/> Adultos (edad 23 - 61)	\$42.75	\$501
<input type="checkbox"/> Parejas (adultos parejas casadas que viven en la misma casa)	\$49.50	\$582
<input type="checkbox"/> Familia monoparental (hogares con un padre y su / sus familiares a cargo)	\$44.00	\$516
<input type="checkbox"/> Familia (hogares con dos padres casados y sus dependientes)	\$57.50	\$678
<input type="checkbox"/> Tercera Edad (adultos 62 y más años)	\$35.25	\$411
<input type="checkbox"/> Pareja Tercera Edad (al menos un adulto es mayor de 62 años o más)	\$44.50	\$522
<input type="checkbox"/> Programa, clases de natación o Clase		

¿Cuál es la razón por la que está solicitando asistencia financiera? (adjuntar papel si es necesario)

Las circunstancias especiales que debe tener en cuenta? (Residente principal del Grupo, no puede trabajar debido a una discapacidad, la deuda médica significativa, la condición de salud que requiere un régimen de ejercicio específico, etc)

¿Cuánto puede permitirse el lujo de pagar por cada programa o por una membresía mensual?

Al mejor de mi conocimiento, la información anterior es exacta. He adjuntado la información necesaria para procesar mi solicitud.

Firma _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY					
Date application received	# in Household	Yearly Income		Membership Type/Program	
<input type="checkbox"/> New Applicant <input type="checkbox"/> Renewal Applicant <input type="checkbox"/> Existing Member			Total yearly cost of membership		
% off Year price	Scholarship Amount	Adjusted Yearly Amount	Monthly	Joiners Fee	Program Fee
CEO Approval		Date Mailed		Date of Expiration	