



WELCOME TO ALL

PERSONAL PRICING PLAN

*COMPLETE THIS FORM AND RETURN TO THE SHERIDAN COUNTY YMCA ALONG WITH REQUIRED DOCUMENTS FROM BOX 4

1

BASIC INFORMATION

Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Primary Phone #: (____) _____

Valid Email: _____

Date of Birth: _____

Gender: M F N Are you a veteran? Yes No

2

HOUSEHOLD INFORMATION

Number of adults living in household: _____

Number of dependents living in household: _____
(Dependent children are age 24 or younger)

I can afford \$ _____ per month

CURRENT PERSONAL PRICING PLAN STATUS:

- First time applying
- Renewing/Currently receiving assistance

3

I AM APPLYING FOR

- Adult (25-59)
- Single Parent
1 adult + dependents under the age of 25 living in household
- Young Adult (19-24)
- Senior Couple (60+)
- Senior (60+)
- Youth (12-18)
- Family
2 adults + dependents under the age of 25

4

THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE REQUIRED WHEN REQUESTING A PERSONAL PRICING PLAN

(A) WORKING CURRENTLY OR SELF EMPLOYED

- Most Recent Tax Return*
- 30 Day Proof of Income for Entire Household
- 30 Day Gross Income

OR

(B) If you are uncertain or unable to provide these documents, please inform us so we can arrange an appointment or call to best assist you.

- PHONE CALL APPOINTMENT

(C) OTHER ASSISTANCE RECEIVED

If applicable, documentation of SSI, SSD, Food Stamps/Notice of Action, AFDC, unemployment, child support, etc.

Monthly SSI/SSD	\$ _____
Monthly Unemployment	\$ _____
Monthly Food Stamps	\$ _____
Monthly Child Support	\$ _____
Other Monthly Assistance	\$ _____
Total Monthly Assistance	\$ _____

TELL US MORE ABOUT YOUR STORY AND HOW THE YMCA CAN HELP YOU AND/OR YOUR FAMILY

5

6

PLEASE FILL IN THE CIRCLE IF YOU WOULD LIKE YOUR INFORMATION REVIEWED FOR ADDITIONAL ASSISTANCE IN Y PROGRAMS

- GENERAL Y PROGRAMS (Sports, Swim, etc)
- SUMMER CAMPS
- YMCA AFTERSCHOOL CARE

7

APPLICATIONS MUST BE RENEWED EVERY 12 MONTHS UNLESS OTHERWISE SPECIFIED

I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge, and that I do not have additional income or assistance not represented above. I agree, if necessary, to send additional information and documentation to support the above statements. I understand that assistance is based on need. In the event that I or my family must cancel our participation, I will contact the YMCA immediately. I understand that if I falsify any of the above information, I will not be eligible for assistance now and/or in the future.

PRINT NAME

SIGNATURE

DATE



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

PERSONAL PRICING PLAN

THE ESSENCE OF THE Y

With a commitment to nurturing the potential of kids, promoting healthy living and fostering a sense of social responsibility, the Sheridan County YMCA ensures that every individual has access to the essentials needed to learn, grow and thrive.

EVERYONE IS WELCOME

The YMCA welcomes all who wish to participate and believes that no one should be denied access because of an inability to pay. Through our Personal Pricing Plan, the Y provides assistance to youth, adults, and families based on individual needs and circumstances.

COMMITTED TO OUR COMMUNITY

Determining assistance amounts is handled by our YMCA in a fair and consistent manner. Every Y member receives the same membership benefits, regardless of whether or not they receive assistance. Y members can feel confident knowing they are a part of an organization that cares greatly for the well-being of all people. We're committed to youth development, healthy living, and social responsibility.

- Personal Pricing Plan reduces membership fees on a sliding scale; it does not eliminate them. All members pay something.
- Program fees are also reduced by a Personal Pricing Plan. Occasionally the program fee minimum exceeds the amount of the Personal Pricing Plan.
- The Sheridan County YMCA requires that individuals and families reapply every 12 months with updated documentation unless otherwise specified.
- If you do not reapply, your membership and PPP will expire. It is each participating member's responsibility to reapply.

IF YOU BECOME TWO MONTHS DELINQUENT OF MEMBERSHIP FEES, YOUR PPP MAY BE CANCELLED WITHOUT NOTICE

OFFICE USE ONLY

MEMBER NOTIFICATION:

- IN PERSON
- E-MAIL
- MAIL
- PHONE

STAFF INITIALS _____

ADDITIONAL NOTES:

FRONT DESK STAFF: _____ DATE RECEIVED: _____

PPP REVIEWER: _____ DATE REVIEWED: _____

VERIFICATION OF INCOME (INITIALS) _____

MONTHLY FEES:

BANK/CARD DRAFTS: \$ _____

AFS CARE: \$ _____

CHILDCARE: \$ _____

PPP discount %: _____

Date to reapply: _____

SHERIDAN COUNTY YMCA

417 N Jefferson St. Sheridan, WY 82801 | 307.674.7488 | sheridanymca.org



BIENVENIDOS A TODOS

PLAN DE PRECIOS PERSONAL

*COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENTREGUELO AL YMCA DE SHERIDAN JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE LA CAJA 4

1

INFORMACION BASICA

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO #: (____) _____

CORREO ELECTRONICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

GENERO: M F N

ES VETERANO? Yes No

2

INFORMACION DEL HOGAR

Numero de adultos que viven en casa: _____

Numero de dependientes: _____

(Los dependientes son de 24 años o menos)

Puedo pagar \$ _____ por mes

ESTADO ACTUAL DEL PLAN PERSONAL:

Primera vez

renovando/ actualmente recibiendo asistencia

3

ESTOY SOLICITANDO

Adulto (25-59)

Padre soltero
1 adulto + dependientes debajo de los 25 años

Adulto joven (19-24)

Pareja de mayores(60+)

Mayores (60+)

Joven (12-18)

Familia
2 adultos + dependientes debajo de 25 años

4

Los siguientes documentos son requeridos cuando se solicita un plan de precios personal

(A) ESTA TRABAJANDO O TRABAJOR INDEPENDIENTE

- Impuestos mas recientes
- Prueba de impuestos de los ultimos 30 días para todo el hogar

• Ingreso total- ultimos 30 días

OR

(B) Si no esta seguro/a o no puede presentar esos documentos, por favor informenos para poder programar una cita o llamada y asi ayudarle mejor.

LLAMADA CITA

(C) OTRA ASISTENCIA RECIBIDA

si CORRESPONDE, DOCUMENTACION DE SSI, SSD, Cupones de alimentos/aviso de accion, AFDC, desempleo, manutencion de hijos, etc.

SSI/SSD mensual \$ _____

Desempleo mensual \$ _____

Cupones de alimentos \$ _____

menuales \$ _____

Manutencion de hijos \$ _____

Otra asistencia mensual \$ _____

Total asistencia mensual \$ _____

CUÉNTENOS MÁS SOBRE SU HISTORIA Y CÓMO EL YMCA PUEDE AYUDARLE A USTED Y/O A SU FAMILIA

5

6

Por favor marque el círculo si desea que su información sea revisada para asistencia adicional en programas del YMCA:

Programas generales (Deportes, natacion, etc)

Campamentos de verano

Cuidado después de la escuela del YMCA

7

LAS SOLICITUDES DEBEN RENOVARSE CADA 12 MESES A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.

Certifico que la información anterior es verdadera y completa según mi conocimiento, y que no tengo ingresos adicionales o asistencia que no haya sido mencionada anteriormente. Acepto, si es necesario, enviar información y documentación adicional para respaldar las declaraciones anteriores.

Entiendo que la asistencia se basa en la necesidad. En caso de que yo o mi familia debamos cancelar nuestra participación, me comunicaré con el YMCA inmediatamente.

Entiendo que si falsifico cualquier información anterior, no seré elegible para recibir asistencia ahora y/o en el futuro

NOMBRE

FIRMA

FECHA



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

PLAN DE PRECIOS PERSONAL

LA ESENCIA DEL YMCA

Con el compromiso de desarrollar el potencial de los niños, promover una vida saludable y fomentar la responsabilidad social, el Sheridan County YMCA asegura que cada persona tenga acceso a lo esencial para aprender, crecer y prosperar.

TODOS SON BIENVENIDOS

El YMCA da la bienvenida a todas las personas que desean participar y cree que nadie debe ser excluido debido a la falta de recursos económicos. A través de nuestro Plan de Precios Personal, el YMCA brinda asistencia a jóvenes, adultos y familias basada en necesidades y circunstancias individuales.

COMPROMETIDOS CON NUESTRA COMUNIDAD

La determinación de los montos de asistencia se maneja de manera justa y consistente por nuestro YMCA. Cada miembro recibe los mismos beneficios de membresía, independientemente de si recibe asistencia o no.

Los miembros pueden sentirse seguros de que forman parte de una organización que se preocupa profundamente por el bienestar de todas las personas. Estamos comprometidos con el desarrollo juvenil, una vida saludable, y la responsabilidad social.

- El Plan de Precios Personal reduce las cuotas de membresía en una escala variable; no las elimina. Todos los miembros pagan algo.
- Los precios de los programas también se reducen con el Plan de Precios Personal. En ocasiones, la tarifa mínima del programa puede ser mayor que el monto del descuento.
- El Sheridan County YMCA requiere que las personas y familias vuelvan a solicitar cada 12 meses con documentación actualizada, a menos que se especifique lo contrario.
- Si no vuelve a solicitar, su membresía y su Plan de Tarifa Personal expirarán. Es responsabilidad de cada miembro participante volver a solicitar.

Si se atrasa dos meses en el pago de la membresía, su Plan de Precios Personal puede ser cancelado sin previo aviso

OFFICE USE ONLY

MEMBER NOTIFICATION:

- IN PERSON
- E-MAIL
- MAIL
- PHONE

STAFF INITIALS _____

ADDITIONAL NOTES:

FRONT DESK STAFF: _____ DATE RECEIVED: _____

PPP REVIEWER: _____ DATE REVIEWED: _____

VERIFICATION OF INCOME (INITIALS) _____

MONTHLY FEES:

BANK/CARD DRAFTS: \$ _____

AFS CARE: \$ _____

CHILDCARE: \$ _____

PPP discount %: _____

Date to reapply: _____

SHERIDAN COUNTY YMCA

417 N Jefferson St. Sheridan, WY 82801 | 307.674.7488 | sheridanymca.org