



Application for PAL+

Ayuda financiera para Castración/Esterilización, Vacunas y Microchip para Perros y Gatos

La información ingresada en esta aplicación es confidencial y no será publicada. El propósito de esta aplicación es de verificar su situación financiera. Gracias por completar la aplicación. Un representante de Fort Collins Care Rescue & Spay/Neuter Clinic se pondrá en contacto con usted dentro de 10 días laborales. Si tiene preguntas, por favor llame a la línea del programa PAL+ al (970) 817-5952 o al (970) 672-3550 (línea de Español).

Primer Nombre _____ Apellido _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Código Postal _____ Condado _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____
Correo Electronico _____

¿Ha utilizado nuestros servicios antes? Si No

¿Como se enteró de este programa? Familiar/ Sitio Web/ Craigslist/ Folleto/ Evento Especial/ Periódico

Lo Que Ofrece el Programa PAL +:

El Programa PAL+ cubre el costo de la cirugía de esterilización (hembras) o castración (machos) para perros y gatos con un copago de \$20* para gatos o \$25 para perros, incluye medicamento para el dolor (perros y gatos) y collar Isabelino (perros). Ofrecemos descuentos de copago para hogares que tienen más de una mascota. Clientes bajo el programa PAL+ pagan \$7.50 por las vacunas de la rabia y el moquillo. También el microchip tiene un precio de descuento de \$15. Si usted es aprobado, se considera cliente activo del programa PAL+ durante el tiempo necesario para esterilizar/castrar a sus mascotas y para obtener el precio especial de las vacunas y microchip. **Nuestra intención es que esta sea oportunidad única individual/familia. Si agrega mascotas a su hogar o su mascota(s) necesita refuerzos anuales, debe completar una nueva aplicación PAL + y volver a ser aprobado/a. Si tiene preguntas, por favor llame a la línea del programa PAL+ al (970) 817-5952 o al (970) 672-3550 (línea de Español).**

Información de sus Mascotas:

¿Cuántas mascotas viven en su casa? Perros _____ Gatos _____

Por favor liste a todos los animales viviendo en su hogar

1. **ESPECIE:** Gato__ Perro __ **SEXO:** Macho__ Hembra__ **¿Ha sido castrado?** Yes__ No__

Nombre de la Mascota _____ Raza _____ Color _____ Edad _____

¿Cuanto tiempo ha sido dueño de esta mascota? _____

¿Dónde consiguió a esta mascota? _____ Peso Aprox. (perros solamente) _____

¿Ha sido examinado(a) por un veterinario? Si No

¿Ha sido el progenitor de crías? Si No Cuántas crías/camadas? _____

¿Está al corriente en sus vacunas? Si No. Si no está al corriente, ¿cuáles necesita?: Contra la Rabia, Vacuna Triple

¿Tiene implante de microchip? Si No. Si no lo tiene ¿desearía que se lo implantáramos? Si No

Por favor liste cualquier problema de salud que tenga esta mascota:

2. **ESPECIE:** Gato__ Perro __ **SEXO:** Macho__ Hembra__ **¿Ha sido castrado?** Yes__ No__
Nombre de la Mascota _____ Raza _____ Color _____ Edad _____
¿Cuanto tiempo ha sido dueño de esta mascota? _____
¿Dónde consiguió a esta mascota? _____ Peso Aprox. (perros solamente) _____
¿Ha sido examinado(a) por un veterinario? Si No
¿Ha sido el progenitor de crías? Si No Cuantas crías/camadas? _____
¿Está al corriente en sus vacunas? Si No. Si no está al corriente, ¿cuáles necesita?: Contra la Rabia, Vacuna Triple
¿Tiene implante de microchip? Si No. Si no lo tiene ¿desearía que se lo implantáramos? Si No
Por favor liste cualquier problema de salud que tenga esta mascota:

3. **ESPECIE:** Gato__ Perro __ **SEXO:** Macho__ Hembra__ **¿Ha sido castrado?** Yes__ No__
Nombre de la Mascota _____ Raza _____ Color _____ Edad _____
¿Cuanto tiempo ha sido dueño de esta mascota? _____
¿Dónde consiguió a esta mascota? _____ Peso Aprox. (perros solamente) _____
¿Ha sido examinado(a) por un veterinario? Si No
¿Ha sido el progenitor de crías? Si No Cuantas crías/camadas? _____
¿Está al corriente en sus vacunas? Si No. Si no está al corriente, ¿cuáles necesita?: Contra la Rabia, Vacuna Triple
¿Tiene implante de microchip? Si No. Si no lo tiene ¿desearía que se lo implantáramos? Si No
Por favor liste cualquier problema de salud que tenga esta mascota:

4. **ESPECIE:** Gato__ Perro __ **SEXO:** Macho__ Hembra__ **¿Ha sido castrado?** Yes__ No__
Nombre de la Mascota _____ Raza _____ Color _____ Edad _____
¿Cuanto tiempo ha sido dueño de esta mascota? _____
¿Dónde consiguió a esta mascota? _____ Peso Aprox. (perros solamente) _____
¿Ha sido examinado(a) por un veterinario? Si No
¿Ha sido el progenitor de crías? Si No Cuantas crías/camadas? _____
¿Está al corriente en sus vacunas? Si No. Si no está al corriente, ¿cuáles necesita?: Contra la Rabia, Vacuna Triple
¿Tiene implante de microchip? Si No. Si no lo tiene ¿desearía que se lo implantáramos? Si No
Por favor liste cualquier problema de salud que tenga esta mascota:

5. **ESPECIE:** Gato__ Perro __ **SEXO:** Macho__ Hembra__ **¿Ha sido castrado?** Yes__ No__
Nombre de la Mascota _____ Raza _____ Color _____ Edad _____
¿Cuanto tiempo ha sido dueño de esta mascota? _____
¿Dónde consiguió a esta mascota? _____ Peso Aprox. (perros solamente) _____
¿Ha sido examinado(a) por un veterinario? Si No
¿Ha sido el progenitor de crías? Si No Cuantas crías/camadas? _____
¿Está al corriente en sus vacunas? Si No. Si no está al corriente, ¿cuáles necesita?: Contra la Rabia, Vacuna Triple
¿Tiene implante de microchip? Si No. Si no lo tiene ¿desearía que se lo implantáramos? Si No
Por favor liste cualquier problema de salud que tenga esta mascota:

Información Financiera:

Deberá incluir una copia de los siguientes documentos en su solicitud:

- Identificación con fotografía.
- Prueba de Ingresos o Prueba de Programa(s) de Asistencia del Gobierno

Actualmente usted está: Desempleado ____ Empleado ____

Ingreso familiar bruto (incluya el ingreso de todos los miembros de la familia):

\$ _____ Mensual ____ Anual ____

¿Cuántas personas se mantienen con este salario? Adultos ____ Niños ____

Por favor circule los programas de asistencia del gobierno que recibe:

Food Stamps WIC Medicaid Larimer County Works/TANF SSI LEAP OAP
Aid to the Needy Disabled (AND) CCAP OLTC Section 8/Public Housing Otro _____

¿Necesita usted asistencia para alimentar a su(s) mascota(s)? Si No **Si contestó que sí, necesita llenar la forma "Registro Para Kibble Supply 2017", misma que encontrará al final de esta PAL+ aplicación**

Al firmar al calce, yo verifico que toda la información proporcionada en la aplicación es correcta y verdadera siendo el dueño de los animales mencionados en la misma. También estoy de acuerdo con los procedimientos para el proceso de verificación sobre mi situación financiera. Yo entiendo que ésta es una aplicación y no una aprobación para asistencia. Asimismo entiendo que un representante de Fort Collins Care Rescue & Spay/Neuter Clinic, me contactará para informarme de la asistencia que puedo obtener en un plazo de 10 días laborales a partir de la fecha en que sometí mi solicitud con todos los documentos requeridos.

Entiendo que el programa PAL+ es una oportunidad de ayuda única por individual/familia. Si agrego mascotas a mi hogar o si mis mascota(s) necesitan refuerzos anuales, debo completar una nueva aplicación PAL + y volver a ser aprobado/a. Si tiene preguntas, por favor llame a la línea del programa PAL+ al (970) 817-5952 o al (970) 672-3550 (línea de Español).

Firma _____ Fecha _____

Por favor entregue o envíe por correo la presente aplicación a:

**Animal Friends Alliance
2321 E. Mulberry St.
Fort Collins, CO 80524
PAL@savinganimalstoday.org**