

APLICACION

Pets Alive-El Paso Programa de Esterilización

Por favor llene y firme la aplicación y envíela por correo a:

Pets Alive-El Paso
Spay/Neuter Voucher Program
PO Box 961930
El Paso, TX 79996
915-873-7387

*Criadores profesionales y grupos que rescatan a animales
no son elegibles para estos programas.*

Nombre: _____
Teléfono en casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Termine por favor la seccion A o B.

A) Si usted recibe asistencia publica, por favor diganos de que tipo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> County General Assistance | <input type="checkbox"/> CHIP |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Public/Section 8 Housing |
| <input type="checkbox"/> Social Security | <input type="checkbox"/> SSDI (Disability) |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> TANF |
| <input type="checkbox"/> Unemployment benefits | <input type="checkbox"/> VA disability |
| <input type="checkbox"/> WIC | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Por favor mande prueba y numero de caso _____

B) Si usted no recibe asistencia publica, proporcione por favor: Ingreso do-
mestico anual \$ _____, numero de habitantes en la casa _____.

Yo certifico que todo lo anterior es correcto.

Firma: _____

Fecha: _____ Día de nacimiento _____

Mascota 1

Nombre: _____ Perro/Gato Macho/Hembra
Edad: _____ Peso: _____ Color: _____
Raza (perro): _____ Pelo (gato): Corto/Mediano/Largo
¿Está al corriente con sus vacunas? _____ Esta microchipped? _____
¿Si sí, cual clínica lo/la vacunó? _____

Mascota 2

Nombre: _____ Perro/Gato Macho/Hembra
Edad: _____ Peso: _____ Color: _____
Raza (perro): _____ Pelo (gato): Corto/Mediano/Largo
¿Está al corriente con sus vacunas? _____ Esta microchipped? _____
¿Si sí, cual clínica lo/la vacunó? _____

Mascota 3

Nombre: _____ Perro/Gato Macho/Hembra
Edad: _____ Peso: _____ Color: _____
Raza (perro): _____ Pelo (gato): Corto/Mediano/Largo
¿Está al corriente con sus vacunas? _____ Esta microchipped? _____
¿Si sí, cual clínica lo/la vacunó? _____

Tengo más de tres mascotas que quiero esterilizar. Yo he escrito la
información de las otras en una hoja aparte.

*La mayoría de las clínicas hacen cirugías de Lunes a Viernes únicamente.
La hora para dejarlos usualmente es 8-8:30 AM.
La hora para recogerlos usualmente es 3:30-5:30 PM.*

Tiene su mascota mal salute? _____

Esta domesticado? _____

Tiene gatos salvajes? _____

Mi veterinario o clínica preferida es: _____

▪ Gracias ▪