

Sociedad Protectora de Animales del Condado de Forsyth

61 Miller Street Winston Salem, NC 27104

Solicitud de Ayuda Economica para la Castracion y Esterilizacion de Mascotas

Condiciones para obtener la Ayuda para la Castracion/Esterilizacion

- *Debe ser residente del Condado de Forsyth.
- *Debe llenar esta solicitud y regresarla a la sociedad protectora de Animales del Condado de Forsyth.
- * **Solicitudes incompletas no seran aprobadas**
- *Por favor espere hasta que le aprueben su solicitud antes de llevar a su mascota a que la operen o no habra reembolso.
- *Cuando su solicitud sea aprobada, recibira un vale con instrucciones que le indicaran a quien contactar para obtener una cita.
- *Usted se hara responsable de pagar cualquier procedimiento o examen adicional.
- *Las leyes del Estado requieren que su mascota este al corriente en las vacunas Antirrabicas antes de ser castrado o esterilizado.
El fondo de la FHS le proveera hasta un monto total de \$10.00 para la vacuna de la rabia y hasta \$10 para la de Distemper

Por favor llene

Nombre			Edad (La minima es 18)		
Direccion			Departamento #		
Ciudad	Estado	Condado		Codigo Postal	
Telefono: (Casa)		(Trabajo)		(Otro)	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciad <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>					
Numero de Dependientes: <i>(usted cuenta como uno)</i>			Ingreso Anual Familiar \$: _____ <small>(La Sociedad humanitaria del Condado deForsyth se reserva el derecho de requerir prueba de ingreso)</small>		
<small>(Incluya cualquier otro fuente de ingreso: bienestar (welfare), Pension alimenticia (alimony), Desempleo (unemployment), Seguro Social (social security), Asistencia Medica (Medicare), Retiro (retirement), Compensacion del Trabajador (Worker's Compensation), otra)</small>					
Usted tiene: Medicaid Card <input type="checkbox"/> Welfare case number <input type="checkbox"/> Food stamp card <input type="checkbox"/> AFDC <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (Nombrelas) _____					
Lugar de trabajo				Antiguedad	
Direccion de su trabajo					
Telefono de su trabajo		Descripcion/Puesto que desempeña en su trabajo			

Perro o Gato	Nombre	Edad	Sexo	Raza	Ultima Vacuna Distemper	Ultima Vacuna de la Rabia

Ha usted aplicado con anterioridad?: Si No Si respondio que si, cuando? _____

Como supo de nosotros?

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Que Pasa Newspaper <input type="checkbox"/> | Que Pasa Radio <input type="checkbox"/> | Thrifty Nickel <input type="checkbox"/> | Winston Salem Journal <input type="checkbox"/> | The Chronicle <input type="checkbox"/> |
| Clinica Cast/Ester <input type="checkbox"/> | Clinica/Rabia <input type="checkbox"/> | TV-WXII <input type="checkbox"/> | Furever Friends <input type="checkbox"/> | Biblioteca <input type="checkbox"/> |
| Refugio/Anim/Condado <input type="checkbox"/> | Website <input type="checkbox"/> | Soc. Proct Anim. Forsyth <input type="checkbox"/> | | Veterinario <input type="checkbox"/> |

Otro (Por favor explique): _____

Entiendo todos los requerimientos anteriores y certifico que la informacion en esta solicitud es veraz y correcta

Firma: _____

Fecha: _____