



CITY OF DALLAS

SOLICITUD

Programa de subsidio para esterilización de mascotas

Departamento de Códigos/Control de Animales de Dallas

1818 N. Westmoreland

Dallas, Texas 75212

Teléfono: 214/670-8246

Fax: 214-243-1853

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE:

1. La solicitud debe ser aprobada antes de la cirugía
2. Envíe a la dirección de arriba, la solicitud con documentos que corroboren que recibe asistencia pública
3. Si usted no participa en los programas listados a continuación, llame al 214-670-8246.

INSTRUCCIONES PARA EL VETERINARIO:

1. Los veterinarios deben de ser participantes del programa
2. Las solicitudes deber tener el visto bueno de nuestro personal

Cualquier falsificación de esta información será sujeta a una fianza administrativa

PARTE 1 – Información sobre el cliente y la mascota

Por favor, presione fuerte con el bolígrafo

Dueño de la mascota (apellido, nombre, inicial)			No. de teléfono residencial ()
Dirección	ciudad y estado	código postal	No. de Seguro Social / No. de Caso

PROGRAMA POR EL CUAL RECLAMA ELEGIBILIDAD:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Programa de Incapacidad del Seguro Social | <input type="checkbox"/> | 5. Programa de Ayuda Médica |
| <input type="checkbox"/> | 2. Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario | <input type="checkbox"/> | 6. Asistencia temporaria para familias necesitadas |
| <input type="checkbox"/> | 3. Ley sobre ayuda a familias con hijos dependientes | <input type="checkbox"/> | 7. Programa de supervivientes el Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> | 4. Programa para personas ciegas sea capaces o incapacitadas | | |

INCLUYA PRUEBAS DE ELEGIBILIDAD CON ESTA SOLICITUD

Entre los documentos aceptables figuran: una copia o notificación de decisión, estado de beneficios, copia de la tarjeta de Medicaid o una impreso por computadora de la Comisión Laboral de Texas.

Tipo de mascota <input type="checkbox"/> perra <input type="checkbox"/> perro <input type="checkbox"/> gata <input type="checkbox"/> gato			
Nombre de la mascota (uno por solicitud)	Raza	Peso	Edad

Yo consiento a que, de ser necesario, se vacune a mi mascota antes de la cirugía y que se esterilice la mascota descrita arriba. Declaro que toda la información contenida en esta solicitud es cierta y verdadera, y me consta con certeza de propio y personal conocimiento.

Al firmar abajo, también autorizo a que a la Comisión Laboral de Texas y / o la administración del Seguro Social a divulgar información al Programa de Subsidio para Esterilización de Mascotas de la Ciudad de Dallas sobre mi estatus de elegibilidad en los programas antes mencionados.

Firma del dueño

Fecha

PARTE 2 – Certificación efectuada por el administrador del programa

Firma del administrador del Programa de Subsidio para Esterilización de Mascotas

Fecha

PARTE 3 – Información veterinaria a ser completada por el hospital o clínica veterinaria

Nombre del hospital o clínica veterinaria

No. de teléfono

Dirección del hospital o clínica

Vacunas administradas

Fecha en que fueron administradas

Fecha de esterilización

Verificación de inscripción con la Ciudad (SI / NO)

Cantidad pagada por la inscripción con la Ciudad

Por la presente testifico que la esterilización e inmunización de este animal fue llevada a cabo según fue indicado

Firma del veterinario que realizó la cirugía

Fecha

Firma del dueño de la mascota autorizando a que se efectúe la cirugía

Fecha

Día de Expiración _____
Distrito de Consejo No. _____