



Pets In Need Action League (dba P.I.N.A.L.)

501c3 sin fines de lucro Corporación

Spay / Solicitud de Asistencia Neuter

Gracias que usted por tomar el paso responsable para esterilizar o castrar a su mascota (s)!

Nuestro Programa de Asistencia Neuter/Spay ofrece asistencia a los residentes de bajos ingresos de sólo el condado de Pinal. Nuestros fondos son limitados, por lo que es importante que sirvamos a los que más lo necesitan. Por lo tanto, **se requiere cualificación***.

1. Por favor llene toda la información solicitada a continuación:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Móvil: _____

2. Hay dos (2) maneras de calificar *:

a. Marque todas las que apliquen a su situación y adjuntar prueba de la participación en los programas de asistencia:

() Estampillas de Comida () WIC () SSI () Discapacidad () Desempleo () AHCCCS () Otro _____

b. O, para calificar sin ayuda pública, conteste las **siguientes preguntas y adjuntar una copia (primera página) de declaración de impuestos federales del año pasado de cada adulto en su hogar**. Si usted no presentó los impuestos o su ingreso ha su ingreso disminuido desde su última declaración de impuestos, encierre nota de la explicación y la mejor prueba de ingresos (W-2, talones de pago, etc):

• ¿Cuál es su ingreso bruto de los hogares? _____ • ¿Cuántas personas en su hogar? _____

[Por favor, incluya una copia de su licencia de conducir o el último recibo de servicios - esta dirección debe coincidir con la lista de arriba. Además deberá acompañar la prueba de asistencia requerida en una. o b. arriba, marcando a través de cualquier información confidencial, como números de seguro social. El proceso puede retrasarse si bien no acompaña esta solicitud.]

3. Proporcione la siguiente información para cada mascota a ser esterilizados / castrados. Se debe incluir el peso aproximado de cada mascota. Si no aparece el peso, el proceso puede retrasarse.

<u>Nombre de su mascota</u>	<u>Gatos / Perros</u>	<u>Raza / Color</u>	<u>Sexo (H/M)</u>	<u>Edad</u>	<u>Peso</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. **Firma:** _____ **Fecha:** _____

(Al firmar esta solicitud, certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta.)

Envíe la solicitud completa y documentación fotocopiada a: **P.I.N.A.L., PO Box 12813, Casa Grande AZ, 85130.**

*Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de las aplicaciones o de cualificación, visite www.pinalpets.org/qualification.html o contacte con nosotros en **520-582-0299** o por correo electrónico: info@pinalpets.org.

FOR P.I.N.A.L. USE ONLY Date Received: _____ Date Contacted: _____ via EMAIL LETTER PHONE

Approved: _____ Denied: _____ Volunteer: _____