



Ciudad de Dallas

# PROGRAMA SUBSIDIADO PARA ESTERILIZACION DE MASCOTAS SOLICITUD

## Departamento de Cumplimiento de Códigos/División de Servicios de Animales

1818 N. Westmoreland Rd. Dallas, TX 75212

Teléfono (214) 670-8246

Fax (214) 243-1853

### INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE:

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

### INSTRUCCIONES PARA EL VETERINARIO:

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

Cualquier falsificación de esta información será sujeta a una fianza administrativa

### PARTE 1 – INFORMACION SOBRE CLIENTE/MASCOTA

**PRESIONE FUERTE CON LA PLUMA/BOLIGRAFO**

DUEÑO DE MASCOTA (apellido, nombre, inicial)			NUMERO DE TELEFONO/CASA
DIRECCION	CIUDAD Y ESTADO	CODIGO POSTAL	SEGURO SOCIAL# / CASO#

### PROGRAMA POR EL CUAL UD. RECLAMA ELEGIBILIDAD

- |  |   |
|--|---|
| _____ 1. Programa de Incapacidad del Seguro Social               | _____ 5. Programa de Medicare                           |
| _____ 2. Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario          | _____ 6. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas  |
| _____ 3. Ley sobre Ayuda a Familias con Hijos Dependientes       | _____ 7. Programa del Seguro Social para Sobrevivientes |
| _____ 4. Programa para Personas Hábiles, Discapacitadas y Ciegas |   |

### INCLUYA PRUEBAS DE ELEGIBILIDAD CON ESTA SOLICITUD

Entre los documentos aceptables esta: una copia o notificación de decisión, estado de beneficios, copia de la tarjeta de Medicaid o carta de la Fuerza Laboral de Texas

TIPO DE MASCOTA	_____ Perra	_____ Perro	_____ Gata	_____ Gato
NOMBRE DE LA MASCOTA (Uno por solicitud)	RAZA	PESO	EDAD	

CONSIENTO A QUE, DE SER NECESARIO, SE VACUNE A MI MASCOTA ANTES DE LA CIRUGIA Y QUE SE ESTERILICE LA MASCOTA DESCRITA ARRIBA. DECLARO QUE TODA LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES CIERTA Y VERDADERA Y ME CONSTA CON CERTEZA DE PROPIO Y PERSONAL CONOCIMIENTO.

AL FIRMAR ABAJO, TAMBIEN AUTORIZO QUE LA COMISION LABORAL DE TEXAS Y/O AL SEGURO SOCIAL A DIVULGAR INFORMACION AL PROGRAMA DE SUBSIDIO PARA ESTERILIZACION DE LA CIUDAD DE DALLAS SOBRE MI CONDICION DE ELEGIBILIDAD EN LOS PROGRAMAS ANTES MENCIONADOS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DUEÑO

\_\_\_\_\_  
FECHA

### PARTE 2 – CERTIFICACION DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA SUBSIDIADO DE ESTERILIZACION

\_\_\_\_\_  
FECHA

### PARTE 3 – INFORMACION DEL VETERINARIO QUE SERA PROPORCIONADA POR EL HOSPITAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL HOSPITAL/CLINICA

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
VACUNAS APLICADAS

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE FUERON APLICADAS

\_\_\_\_\_  
FECHA DE ESTERILIZACION

\_\_\_\_\_  
VERIFICACION DE INSCRIPCION CON LA CIUDAD (SI/NO) CANTIDAD PAGADA POR COSTO DE INSCRIPCION CON LA CD.  
TESTIFICO QUE LA ESTERILIZACION Y VACUNAS DE ESTE ANIMAL SE LLEVO A CABO TAL COMO FUE REGISTRADA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL VETERINARIO QUE REALIZO LA CIRUGIA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DUEÑO QUE AUTORIZO LA CIRUGIA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Expiration Date: _____
Council District _____