



**ARF - FORMULARIO DE ASISTENCIA VETERINARIA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de vale que se solicita (Marque todos los que aplican):  Cuidados Médicos  Vacunas  Medicamentos

Nombre del veterinario: \_\_\_\_\_

Estimación del costo de la cirugía o procedimiento (Si está disponible): \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la mascota: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en el hogar? \_\_\_\_\_

Nombre de la mascota: \_\_\_\_\_ Tipo de mascota: \_\_\_\_\_ Edad de la mascota: \_\_\_\_\_

Problema que la mascota está experimentando: \_\_\_\_\_

**1. Documentos aceptados como comprobantes de ingresos**

(Por favor adjunte por lo menos una forma de documentación o su declaración de impuestos)

Asistencia Alimenticia	Beneficios por Jubilación	Recibo de Pago o Formulario W-2
Medicaid	Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	Estado de Cuenta Bancario que incluya los depósitos
Estudiante de Tiempo Completo Recibiendo Ayuda Financiera	Beneficios de Desempleo	Programa de Almuerzo Escolar

**2. Prueba de Residencia**

Por favor adjunte por lo menos una forma de comprobación de su dirección física, no se aceptan Apartados Postales

Recibo de Pago de Servicios (Agua, Electricidad, Gas, Internet, Cable). No se aceptan recibos de pago del teléfono celular	Registro de Automóvil
Documento Oficial	Documento del Impuesto sobre la Propiedad

**3. Por favor incluya una fotografía de la(s) mascota(s) recibiendo asistencia.**

**4. Copago (\$50 por servicio médico y medicamento). Vales de vacunación gratuitos.**



EXENCIÓN: Por medio de la presente certifico que califico como persona de bajos ingresos según las normas del Gobierno Federal y necesito asistencia financiera para pagar por el procedimiento médico o atención veterinaria de mi mascota. Entiendo que existe riesgo en cualquier cirugía o procedimiento y DACHS o los veterinarios participantes no son responsables de las complicaciones médicas que resulten de la cirugía. Entiendo que el nombre que aparece en el vale DEBE coincidir con el nombre en la cuenta de mi clínica veterinaria para que el vale sea pagado.

Yo, otorgo mi permiso a Doña Ana County Humane Society para reproducir cualquier parte de las imágenes fotográficas proporcionadas o tomadas durante mi participación en este programa, con el propósito de publicaciones de uso personal y autopromoción que puede incluir pero no está limitado a: libros, tarjetas, calendarios, invitaciones, folletos y sitios web sin recibir más compensación o reconocimiento. Además, otorgo permiso creativo para alterar la(s) fotografía(s). No otorgo mi permiso para revender o usar las fotografías de una manera que pueda explotar o causar una representación maliciosa hacia mí o mis asociados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_