



DOÑA ANA COUNTY
HUMANE SOCIETY
EST. 1958

P.O. Box 1176, Las Cruces NM 88004

ANIMAL RELIEF FUND CLIENT FORM

Fecha: _____

Nombre de veterinario: _____

Presupuesto de gasto (si está disponible): _____

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Obligatorio): _____

Numero de teléfono: _____ Direccion de correo electrónico: _____

Cuantos personas que viven en su casa? : _____

Problema que el animal está experimentado: _____

Nombre de su animal: _____ Perro Perrito Gato Gatito

List amount of client co-payment: _____ Voucher Number: _____ (Oficina Solamente)

Documentos de calificación para clients de bajos ingresos.

(Por favor adjunte al menos uno forma a documentación O su declaración de impuestos sobre la renta)

Food Stamps	Retirement Benefits	Pay Stub
MEDICAID	SSI or SSD	School Lunch Program
F/T Student Receiving Financial Aid	Unemployment	Other

FOR OFFICE USE ONLY

Application POI Photo Co-Pay

WAIVER: Por la presente certifico que califican como bajos ingresos por estándares del gobierno federal y que necesitan asistencia financier para pagar el procedimiento médico o veterinario cuidado de mi mascot. Entiendo que hay un grado de riesgo en cualquier cirugía o precedimiento y que DACHS ni los veterinaries participantes son responsables de complicaciones médicas que ocurren desde la cirugía.

Firma de Cliente Fecha Firma del voluntario o representante veterinario

AFFIDAVIT OF NO INCOME TAX RETURN: I hereby certify that I did not file a tax return in the most recent filing year.

Firma de Cliente Fecha Firma del voluntario o representante veterinario