



## SOLICITUD PARA AYUDA CON ESTERILIZACIÓN DE MASCOTAS

Si usted califica para ayuda en la esterilización de su mascota, le enviaremos un cupón que pagará una parte de la cirugía. El resto será pagado por el dueño de la mascota. Estos cupones podrán ser usados en cualquier clínica veterinaria del Condado Delta. Para hacer válido este cupón, deberá ser presentado al veterinario al momento de la cirugía, al menos que haya otro arreglo con el veterinario. Los cupones no son válidos con animals de la calle.

**Valor del Cupón:** Perrita: \$50 / Perro: \$40, Gata: \$40 / Gato: \$35

Nombre del dueño de la mascota		Dirección postal	
Ciudad	Estado	Zip	Teléfono
Dirección de correo electrónico		Patrón	
Ingresos anual familiar		Número de personas en la casa	

Yo no tengo recursos para esterilizar mi(s) animal(s), aunque mis ingresos sobrepasan los niveles mínimos.

**Por Favor rellene una columna para cada animal que requieren cirugía castrar:**

	Ejemplo	Mascota #1	Mascota #2	Mascota #3	Mascota #4	Mascota #5	Mascota #6
<b>Nombre</b>	Lassie						
<b>Especie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Raza</b>	Collie						
Ha visto un veterinario antes?	<input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Alguna vez ha tenido una camada?	<input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Embarazada o en celo?	<input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Veterinario en el Condado de Delta donde el cupón será utilizado: \_\_\_\_\_

**Al firmar esta solicitud certifico que los animales indicados son mis mascotas**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor regrese solicitud a:** CAWS, Spay/Neuter Discount Coupon Program, P.O. Box 1736, Paonia, CO 81428 o por correo electrónico a CAWS@CAWSonline.org

INTERNAL USE ONLY. LIST COUPON TRACKING NUMBERS BELOW. DATE ISSUED:
