



The Humane Society of Moab Valley
P.O. Box 1188
Moab, UT 84532
435-259-HUMANE (4862)
www.moabpets.org

PROGRAMA DE INCENTIVO PARA LA CASTRACIÓN/ESTERILIZACIÓN DE ANIMALES (S.N.I.P.)

La Sociedad Protectora de Animales del Valle de Moab (HSMV) proporcionará cirugías de castración/esterilización para mascotas con descuentos para aquellos dueños de las mismas que tengan bajos ingresos económicos. El programa está disponible los 12 meses del año. Por favor llene el siguiente formulario y devuélvalo a nuestras oficinas.

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, y código postal: _____

Nombre de la mascota: _____ Edad: _____ Sex: () M () F Perro: () Gato: ()

Nombre de la mascota: _____ Edad: _____ Sex: () M () F Perro: () Gato: ()

¿Cuál es su ingreso anual?

- () menos de \$16,000
- () \$16,000 a \$22,000 (1)
- () \$22,000 a \$27,500 (2)
- () \$27,500 a \$33,000 (3)
- () \$33,000 a \$39,000 (4)
- () más de \$33,000
- () ¿Reciba ayuda del gobierno?

¿Cuántas mascotas tiene? _____

¿Cuántos niños tiene? _____

¿Cuántas personas viven con Ud.? (Incluyendo niños y personas de la tercera edad)

La Sociedad Protectora de Animales requiere verificar sus ingresos a través de una de las siguientes maneras:

1. Una copia de la declaración de impuestos federales del año anterior
2. Una copia de la carta de beneficios federales de este año
3. Verificación a través de la oficina de Workforce Services – vea la parte posterior
4. Talones de cheque de los últimos seis meses
5. Extractos bancarios de los últimos 6 meses

El ingreso se entiende como el ingreso **total** de los ingresos familiares.

Una vez que haya llenado la aplicación requerida, por favor lleve el formulario a la oficina de HSMV situada dentro del **City Shelter** en el 956 Sand Flats Road (259-4862)

HSMV se comprobará su información y realizará una determinación de su descuento basada en criterio fijo.

S.N.I.P.
APLICACION PARA ESTERILIZACION/CASTRACION DE ANIMALES
Verificación de Asistencia Financiera

Por favor hace una lista de programas de asistencia financiera que pueden ser verificadas por la oficina de Workforce Services

Alimentos: _____

Financiera: _____

Médica: _____

Por favor firma la parte siguiente y presenta esta forma a la oficina de Workforce Services para verificar su inscripción en los programa anteriores.

Firma

Fecha _____

Does Work Force Services grant assistance to the above named individual for any of the above programs?

Yes

No

Stamp or Authorization signature of Work Force Services