



EL FONDO LILLIE DE CARE

Un programa de ayuda financiera para la esterilización de mascotas

Nombre _____	¿Cómo supo sobre nosotros? _____
Dirección Física _____	Ciudad y código postal _____
Dirección Postal (si es diferente) _____	Ciudad y código postal _____
Teléfono de día _____	Teléfono de noche _____
Correo electrónico _____	Su edad _____
¿Cuántos adultos viven en su hogar? _____	¿Cuántos niños viven en su hogar? _____

Aviso importante sobre su privacidad: toda la información que usted está compartiendo con CARE será usada solamente para determinar si usted califica para el programa y no será usada para ningún otro propósito. Para proteger su privacidad aún más, borre su número de seguro social o de su tarjeta Medicaid en las copias que nos está enviando.

Por favor indique cuales **fotocopias** está enviando con su solicitud para comprobar sus ingresos:

- Tarjeta de Medicaid para adultos o niños
- Tarjeta de estampillas para la comida (food stamps)
- Tarjeta de WIC
- Primera página de su declaración de impuestos federales (*solamente es necesaria si no recibe estampillas para la comida o no tiene Medicaid*)
- Una carta de referencia de una agencia local

¿Cuál es el ingreso **anual actual** de su familia de **todas las fuentes** (antes de los impuestos)? _____

Aviso sobre sus ingresos: si Ud. cree que califica basado en sus ingresos, pero no completó su declaración de impuestos, o sus ingresos han disminuido desde su última declaración de impuestos, o está desempleado y prefiere no enviarnos su declaración de impuestos, entonces envíenos una carta explicando su situación y la mejor prueba que tiene para ayudarnos a determinar si califica para la ayuda (W-2, talones de pago, carta de referencia de una agencia que le provee ayuda)

Identifique las mascotas que necesitan ser esterilizadas o castradas*

Perro/Gato	Nombre de la mascota	Sexo M o F	Descripción o Raza	En Celo o Embarazada	Edad*	Peso	CARE Uso Oficial

*Por favor, especifique si los perritos o gatitos tienen 4 meses o si son más chicos.

Yo entiendo que el apoyo de CARE es solamente para las mascotas de las cuales soy dueño y que toda la información proveída sobre mí mismo, mis mascotas y mis ingresos es correcta y veraz. Yo he adjunto la copia de algún comprobante de **todos los ingresos de mi familia**. La utilización fraudulenta de los fondos de CARE podrá resultar en que me cobren por todos los servicios proveídos y una posible acción legal en contra de mí y de cualquier otra persona involucrada en el uso fraudulento de los cupones.

Firma _____ Fecha _____

Para Uso Oficial	Fecha:	Cheque/Efectivo:	Comentarios:
------------------	--------	------------------	--------------