

Spay Fresno Application

Office use only:

Initials: _____

Date: _____

Co-pay: _____

THIS FUND COVERS BASIC SPAY AND NEUTER COSTS ONLY, NO EXCEPTIONS. Please answer all questions. All information will be confidential and will not be returned. To qualify you must provide us with copies of your:

- **Current P.G.&E. bill;** (or other document proving your address)
- **Photo I. D.** example: (California Drivers License, California I. D.);
- **Two current months of total household income** (including all sources of income)
- **TO QUALIFY PET MUST BE 4 MONTHS OF AGE AND CURRENT ON VACCINES**

Name _____

Address _____

City/Zip _____

Phone _____

Driver's License # _____

Pet #1's Name: _____ Breed _____

Type of Pet? Dog / Cat Male / Female Pet's Weight _____ Pet's Age _____

Pet #2's Name: _____ Breed _____

Type of Pet? Dog / Cat Male / Female Pet's Weight _____ Pet's Age _____

How many other pets do you own? _____

What is the total monthly amount of income for your household? _____

How many total people live in your household? _____

If referred by a license investigator, please provide their name and the date of the referral:

Please note:

- *Spay Fresno fund only covers the cost of spay/neuter; any additional costs such as vaccines, medications, or follow-up exams will be the owner's responsibility.*
- *We reserve the right to deny spay/neuter surgery based on the health of your pet.*
- *If your application is approved, a co-pay will be required per pet at the time of surgery.*
- *Once approved, you will be scheduled as space becomes available. If you miss your appointment for surgery, you will be put on a waiting list. If you miss the next appointment, you will be disqualified from the program.*

I CERTIFY that the information submitted is complete, true and correct, and I understand the above terms.

SIGNATURE of Applicant: _____ **Date** _____

Aplicación- “Spay Fresno”

El uso de la
oficina:

Initials: _____

Date: _____

Co-pay: _____

Este Fondo solo cubre esterilización básica. Conteste por favor todas las preguntas. Las aplicaciones son privadas y confidenciales, y la propiedad del CCSPCA. Las aplicaciones no serán regresadas al solicitante, toda la información será archivada y será cerrada. Para calificarle nos debe proporcionar con copias de su:

PARA CALIFICAR SU PERRO/GATO DEBE SER CUATRO MESES DE EDAD Y CORRIENTE EN VACUNAS

- La cuenta de P.G&E (o otra cuenta que tiene su dirección)
- Forma de identificación (Ca. ID, pasaporte, ID de País)
- Dos meses de corriente ingresos de la casa en total

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / código postal: _____

(#)Telefono: _____

(CA ID)Numero de licencia para manejar: _____

Nombre de primer mascota: _____ Raza: _____

Circula cuál aplica: perro / gato macho / hembra **Peso de la mascota:** _____ **Edad:** _____

Nombre de segunda mascota: _____ Raza: _____

Circula cuál aplica: perro / gato macho / hembra **Peso de la mascota:** _____ **Edad:** _____

Cuántas mascotas tienen en la casa: _____

Cual es el ingreso mensual de su familia (ingresos de casa en total): _____

Cuántos viven en su casa: _____ (necesitamos esta información para aprobar su aplicación)

Si el SPCA investigador de licencias le hablaron apunta el nombre y fecha:

Favor de notar:

- *La programa “Spay Fresno” solo cubre el precio de castrar su animal domestico; si su mascota requiere vacunas, medicinas o segunda cita a ver el Veterinario va ser la responsabilidad del dueño a cubrir los costes.*
- *Reservamos el derecho de negar la cirugía basado en la salud de su mascota.*
- *Si su aplicación es aprobada, una co-paga será requerida por animal favorito en aquel momento de cirugía.*
- *Obteniendo una cita va depender a disponibilidad. Si pierdes su cita será puesto en una lista de espera y si pierdes la segunda cita será ser descalificado.*

Yo certifico que la información presentado es correcto y ser verdad.

Yo entiendo que necesitan de mí y comprendo que requieren en esta aplicación.

Firma del aplicante: _____ **Fecha:** _____