



ESTADO DE CONNECTICUT
 DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
 PROGRAMA DE CONTROL DE LA POBLACIÓN ANIMAL



**APLICACIÓN PARA ESTERILIZACIÓN DE MASCOTAS PARA
 PROPIETARIOS DE BAJOS INGRESOS**

El Departamento de Agricultura a través del Programa de Control de la Población Animal (APCP) provee vacunas y beneficios de esterilización para su (s) mascota (s) en un lote limitado. De ser aprobado, usted puede ser elegible para recibir hasta dos (2) cupones de esterilización/castración por casa. El cupón provee beneficios para una sola vez y puede incluir: \$50 para un gato macho, \$70 para gato hembra, \$100 para perro macho y \$120 para perro hembra con dos vacunas pre-quirúrgicas. Usted debe ser residente de CT para ser elegible. El veterinario puede requerir servicios adicionales, que deben ser cubiertos por el propietario de la mascota. Por favor complete la parte reversa de este formulario para determinar su elegibilidad.

Por favor, provea la información de sus mascotas:

Mascota 1:

Mascota 2

Perro Gato Macho Hembra

Perro Gato Macho Hembra

Raza: _____

Raza: _____

Color: _____

Color: _____

Edad: _____

Edad: _____

Por favor, envíe esta aplicación por correo a la dirección que aparece abajo. Si está incompleta, la aplicación será devuelta. El proceso de aprobación tarda aproximadamente dos semanas.

**Departamento de Agricultura
 Programa de Control de la Población Animal
 165 Capitol Avenue
 Hartford CT 06106**

¿Preguntas? Por favor llame al 860-713-2507 o envíe un email a: agr.apcp@ct.gov
 Una vez aprobada su aplicación, el cupón o cupones serán enviados por correo a la dirección que aparece en la aplicación con instrucciones específicas.

ESTA FORMULARIO PUEDE SER REPRODUCIDO

Solo para el uso del Departamento de Agricultura:

Aprobado:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma del Oficial de DAG: _____	Fecha: _____
-----------	---	---------------------------------	--------------

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
PROGRAMA DE CONTROL DE LA POBLACIÓN ANIMAL

SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales (DSS) el permiso para proveer al Departamento de Agricultura (DAG), my status de elegibilidad para los siguientes programas de DSS.

¿Recibe usted alguna asistencia para cualquiera de estos programas? Marque el que corresponde.

SNAP Asistencia Familiar Temporal (TFA)
 Medicaid HUSKY HEALTH
 SAGA Suplementos Estatales

Entiendo que mi información de elegibilidad proveída en respuesta a esta autorización ya no es protegida por las regulaciones de privacidad de DSS.

Firma del Individuo o Representante # de Seguro Social o de Cliente DSS Fecha

Firma del Individuo o Representante

Uso Oficial de DSS:

Verifico que la persona descrita arriba es elegible para los siguientes programas de DSS:

SNAP TFA Medicaid HUSKY HEALTH State Supp SAGA

Firma del Oficial de DSS

Fecha