



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:

Perro	Gato
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra

Raza: _____
Color: _____
Edad: _____

Mascota 2

Perro	Gato
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra

Raza: _____
Color: _____
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 tres semanas.

**Connecticut Department of Agriculture
Animal Population Control Program
450 Columbus Blvd., Suite 701
Hartford CT 06103**

¿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)
 Husky A, C or D (Medicaid) Suplementos Estatales
 SAGA

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 HUSKY A, C or D State Supp SAGA

Firma del Oficial de DSS

Fecha