



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 cupo limitado. De ser aprobado, usted puede ser elegible para recibir hasta dos (2) cupones de esterilización/castración por familia y por año fiscal. El cupón contiene este beneficio para usar **una sola** vez lo cual incluye: \$80 para un gato, \$120 para una gata, \$180 para perro macho y \$200 para perro hembra con dos vacunas pre-quirúrgicas. Usted debe residir en el estado de Connecticut para ser elegible. **Si los costos de esterilización y castración con los veterinarios participantes en CT exceden la cantidad del cupon, el dueño de la mascota es responsable por los costos y por cualquier servicio adicional.** Por favor complete la parte inferior de este formulario para determinar su elegibilidad con DSS. Por favor escriba claramente.

LOS CUPONES SON VALIDOS POR 60 DIAS – NO EXEPCIONES!

Por favor, indique la información de su(s) mascota(s):

Mascota 1:

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

Mascota 2

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

Raza: _____

Color: _____

Edad: _____

Raza: _____

Color: _____

Edad: _____

Por favor, envíe esta aplicación por correo a la dirección que aparece abajo. Las aplicaciones que estén incompletas serán devueltas. El proceso de aprobación tarda aproximadamente tres semanas.

**Connecticut Department of Agriculture
Animal Population Control Program
450 Columbus Blvd., Suite 702
Hartford, CT 06103**

Una vez aprobada su aplicación, el cupón o cupones serán enviados por correo a la dirección que aparece en la aplicación con instrucciones específicas. Para mas información puede llamar al 860-713-2507 o envíe un correo electronico a: agr.apcp@ct.gov

ESTE FORMULARIO PUEDE SER REPRODUCIDO

Department of Agriculture Use Only:			
Approved:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Signature/DAG Official: _____
			Date: _____

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA PROGRAMA DE
CONTROL DE LA POBLACIÓN ANIMAL

SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto # _____ Piso _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electronico: _____

Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales (DSS) el permiso de reportar al Departamento de Agricultura (DAG), mi estatus de elegibilidad para los siguientes programas de DSS.

¿Usted recibe alguna asistencia de cualquiera de estos programas? Indique el/los que corresponde.

____ SNAP _____ Asistencia Familiar Temporal (TFA)

____ Husky A, C or D (Medicaid) _____ Suplementos Estatales

____ SAGA

Entiendo que mi información de elegibilidad suministrada 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

DSS Official Use Only:

I verify that the above-named individual is eligible for the following DSS Program(s):

____ SNAP ____ TFA ____ HUSKY A, C or D ____ State Supp ____ SAGA

Signature of DSS Official

Date