



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 através 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: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

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 informacion puede llamar al 860-713-2507 o envie un correo electronico a: [agr.apcp@ct.gov](mailto:agr.apcp@ct.gov)

**ESTE FORMULARIO PUEDE SER REPRODUCIDO**

Department of Agriculture Use Only:

Approved: Yes  No

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 electrónico: \_\_\_\_\_

**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*