



Partnering for Animal Care (PAC)

En Longmont Humane Society creemos que los servicios de esterilización/castración y de la salud animal en general deben ser accesibles para todos los dueños de mascotas. Por lo tanto, ofrecemos un programa de asistencia financiera para los que califican.

Si su ingreso anual del hogar cumple con los siguientes requisitos, se le ofrecerá un descuento del 25% en servicios. Elegibilidad se basa en las Directrices Federales de Pobreza.

Las personas en Ingresos anuales del hogar que no exceda

1	\$25,142
2	\$33,874
3	\$42,606
4	\$51,338
5	\$60,070
6	\$68,802
Por cada miembro adicional del la familia	+\$8,732 ¹

Solicitamos que los solicitantes visitan la clínica de mascotas en persona, sin mascotas, para completar esta solicitud. (No se realizará ninguna aprobación telefónica.)

Para calificar, por favor traiga una identificación con fotografía y uno de los siguientes documentos habilitantes de bajos ingresos cuando te registras:

- Búsqueda o EBT tarjeta
- Recibo de sueldo (por favor traer 2 talones consecutivos mostrando los ingresos)
- Anuncio de adjudicación de la ayuda financiera
- Cheque de desempleo talón (por favor traer 2 talones consecutivos con las fechas actuales)
- Tarjeta de Medicaid
- Carta de Discapacidad
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Identificación o carta WIC

Todos los animales participantes deben ser esterilizados/castrados para tomar ventaja de cualquier servicio que no sea de esterilización/castración.

Los servicios no descontados bajo este programa incluyen:

- productos al por menor
- comida
- servicios especiales
- Licencias de Ciudad

**El pago total se espera que en el momento del servicio.
Aceptamos CareCredit TM, VISA y MasterCard.**

**Gracias por elegir a Well Pet Clinic para sus necesidades veterinarias.
Esperamos poder ser parte del bienestar de su mascota!**

¹ Revised 1/1/2023



Solicitud de Partnering for Animal Care (PAC)

Los clientes tendrán que calificar anualmente para continuar en el programa. Nosotros nos encargamos de asegurar su confidencialidad, y no mantenemos copias de estos documentos en el archivo.

Nombre de el Cliente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (____) _____ Número De Identificación CO _____

Email _____

Mascotas en casa

Nombre _____ (circule) perro gato M F Esterilización/Castración? S N Edad _____

Nombre _____ (circule) perro gato M F Esterilización/Castración? S N Edad _____

Nombre _____ (circule) perro gato M F Esterilización/Castración? S N Edad _____

Numero de adultos en casa: _____ Numero de niños en casa: _____

Por favor, consulte las siguientes categorías para las que usted brinda verificación de ingresos y las cantidades sobre una base **mensual**.

_____ Dos talones de cheques	\$ _____
_____ Carta del Seguro Social	\$ _____
_____ Carta Discapacidad	\$ _____
_____ Compensación por Desempleo	\$ _____
_____ Documento alternativo _____	\$ _____

Atención de emergencia, hospitalización y procedimientos especializados no son elegibles para este programa.

Se le notificará por teléfono dentro de las 48 horas de capacitación para el programa.

La información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____

Primer Nombre _____

To Be Completed by WPC Staff:

Income Verification: Y/N ID Verification: Y/N by WPC staff: _____

All animals altered: Y/N If no, Sx appt scheduled: date _____

Sx must be scheduled 30d within approval of application

If altered, PAC code entered into AM: Y/N by WPC staff: _____

Client notified of approval/denial: Y/N Tracking Log entry: Y/N