

¡Esterilizar o Castrar sus Mascotas es **Buena para todos!**

- Las mascotas esterilizadas son más sanas y viven por más años
- Las mascotas esterilizadas son mejores, más cariñosas y tienden a pelear y vagar menos
- Los gatos esterilizados son menos propensos a rociar o marcar su territorio
- Animales que no son esterilizados tienen mayores problemas de conducta y mayor probabilidad de morder. Las hembras en celos pueden llorar constantemente y atraer a los machos.
- La esterilización ayuda a reducir la superpoblación de animales y la cantidad de animales no deseados que son exterminados en nuestros refugios. . . los cuales fueron 300,000 solo en Carolina del Norte en el año 2006.

Es fácil de tener 80 millones de gatos. . .

Si usted permite a dos gatos y a todos sus gatitos a procrear durante 10 años, usted tendrá 80,399,780 gatos (basado en 2 procreaciones por año y 2.8 gatitos que sobreviven cada procreación). La mayoría de estos gatos serán exterminados en refugios de animales porque no hay suficientes hogares para todos ellos.

Año 1: 12
Año 2: 66
Año 3: 382
Año 4: 2.201
Año 5: 12.680
Año 6: 73.041
Año 7: 420.715
Año 8: 2.423.316
Año 9: 13.968.290
Año 10: 80.399.780

Haga su parte para terminar con este sufrimiento.
Esterilice o castre todas sus mascotas.

Esterilice Sus Mascotas Por Solo \$20



Patrocinado por el Fondo Lillie
www.chathamanimalrescue.org
919-542-5757

ESTERILICE O CASTRE SU MASCOTA POR SOLAMENTE \$20

El Fondo Lillie de CARE fue establecido para proveer servicios a bajo costo de esterilización o castración para perros y gatos menores de 3 meses de edad. Para calificar, usted debe vivir en el **Condado de Chatham**

Y

- Su sueldo anual no puede ser mayor de \$40,000 (podemos ajustar el monto de acuerdo al número de personas que vivan con usted)

O

- Usted recibe apoyo de cualquiera de los programas en la lista al lado.

Para solicitar, complete este formulario y envíelo por los correos a:

CARE
P.O. Box 555
Pittsboro, NC 27312

Por favor incluya \$20 (cheque o giro postal) por cada perro o gato que quiera esterilizar (vea abajo)

Su costo por la esterilización es de **\$20 por cada mascota, gato o perro**. Podemos esterilizar perros y gatos menores de 4 meses por solamente **\$5 cada uno** SI la madre de la mascota es esterilizada al mismo tiempo.

Si aprobamos su solicitud, le enviaremos un cupón y mayor información. Si no aprobamos su solicitud, le regresamos su dinero.

Si es necesario, incluiremos vacunas contra moquillo o rabia para hembras adultas junto con la medicina para el dolor. La ley requiere que todas mascotas sean vacunadas contra la rabia, y administraremos esta vacuna a no ser que usted traiga prueba que la mascota ya fue vacunada.

Para mayor Información o si necesita ayuda para completar esta aplicación, POR FAVOR llame al (919) 542-5757. Si desea más copias de esta solicitud, visite a nuestra página de Internet al www.chathamanimalrescue.org y oprima "Spay/Neuter"

INFORMACIÓN PERSONAL – POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre: _____

Dirección para correspondencia o buzón:

Ciudad: _____ Estado _____ CP: _____

Dirección donde vive: _____
(Si es diferente)

Ciudad: _____ Estado _____ CP: _____

Teléfono Día: _____

Teléfono Noche: _____

Correo Electrónico: _____

Apunte la cantidad total de **ingresos** del año pasado de todos los miembros de su familia que viven con usted:

- Sueldo total del año pasado: \$ _____
- Ingreso total de otras fuentes el año pasado (Seguro Social de discapacidad, pensión alimenticia, desempleo, otros) : \$ _____

¿Cuales son sus gastos mensuales actuales? \$ _____
(hipoteca/alquiler, servicios públicos, comida, ropa, transporte, otros)

Por favor, envíenos alguna prueba que usted califica para este programa, que puede ser cualquier **una** de las siguientes:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> (EBT) Tarjeta del Servicio Social para la comida y un recibo reciente. | <input type="checkbox"/> Seguro médico de Medicaid - solamente para adultos | <input type="checkbox"/> (SSI) Apoyo Financiero Federal – solamente para adultos |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social para Discapacidad | <input type="checkbox"/> (WIC) Mujeres, Niños y bebés (con fecha vigente) | <input type="checkbox"/> Apoyo de Seguro Social - si es su única fuente de ingresos |
| <input type="checkbox"/> El formulario de impuestos 1040 - no necesitamos el número de seguro social (no aceptamos los formularios W-2 ni talones de cheque del trabajo) | <input type="checkbox"/> Una carta explicando por que necesita esta ayuda o sus circunstancias especiales | |

Por favor, apunte abajo la Información sobre todas las personas que viven con usted, incluyendo a usted mismo, quienes dependen de los ingresos que mencionó arriba:

Primer Nombre/ Edad	Ocupación	¿Trabaja-si, no ?
1.)		
2.)		
3.)		
4.)		
5.)		
6.)		

INFORMACIÓN DE LA MASCOTA SOLO ACCEPTAMOS HASTA 6 MASCOTAS ADULTAS POR CASA

(NO HAY UN LÍMITE PARA GATOS Y PERROS MENORES DE CUATRO MESES SI LA MADRE DE LA MASCOTA ES ESTERILIZADA AL MISMO TIEMPO)

Perros y Gatos Adultos	Nombre	Sexo	Raza	Peso (Perros solamente)	¿Ha llevado a esta mascota alguna vez a un veterinario?

Perros y Gatos Bebés	Nombre	Sexo	Raza	Edad

¿Su mascota ha sido vacunada contra la rabia? Sí No
Si su respuesta es sí, debe traer el comprobante de la vacuna a su cita para evitar que vacunemos a la mascota otra vez.

¿Dónde usted encontró esta aplicación? _____

Yo entiendo que los Fondos de Lillie son solamente para personas de bajos recursos y que la información que he proporcionado será utilizada solamente para determinar si yo califico para este programa. Por la presente, certifico que toda la información proveída es correcta y que todas las mascotas mencionadas me pertenecen. CARE tiene mi permiso de verificar esta información para probar que yo califico para este programa. Si CARE determina que cualquier información proporcionada sobre sus ingresos o elegibilidad son falsas, usted será responsable por pagar el valor actual del procedimiento y vacuna, lo cual es \$200.

Firma: _____ Fecha: _____

No rellene, para el uso de CARE solamente:

Reviewer	Date	Approved	Denied
Issue Date	Voucher #	Expires	