

Favor de completar y regresar el formulario a: Mary S. Roberts Pet Adoption Center, 6165 Industrial Avenue, Riverside, CA 92504. También puede escanear la imagen y mandarla por medio de e-mail a: LifeLine@petsadoptions.org.

Las mascotas que califican son: Gatos, PitBull, PitBull mezclado, Chihuahua, Chihuahua mezclado o cualquier cachorro menor de seis meses. Sus ingresos deben calificar. Se requiere un comprobante de residencia en los códigos postales **92501** o **92509** por medio de factura de servicios. **Un representante se pondrá en contacto con usted en los próximos siete días para confirmar que usted y su mascota califican para el programa Spay-it-forward.**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Código postal: _____

Número telefónico: _____ Email: _____

Cantidad de mascotas en el hogar: ____ Perros ____ Gatos ____ Alguno a sido esterilizado? _____

Información sobre sus ingresos:

Ingreso mensual familiar?: \$ _____ Cuantas personas en el hogar? ____ Adultos ____ Niños

Complete una sección por cada mascota que gustaria esterilizar

Mascota #1

Perro Gato Macho Hembra Se mantiene adentro Se mantiene afuera

Nombre de su mascota: _____ edad: _____ años: _____ meses: _____

peso: _____ raza: _____ Fecha cuando estuvo en celo _____

Embarazada Ha tenido cachorros? _____ cuando? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE: VACCINATION HISTORY Rabies Yes No

Canine DA2PPV Yes No Canine Bordatella Yes No Feline FVRCP Yes No FELV Yes No

Mascota #2

Perro Gato Macho Hembra Se mantiene adentro Se mantiene afuera

Nombre de su mascota: _____ edad: _____ años: _____ meses: _____

peso: _____ raza: _____ Fecha cuando estuvo en celo _____

Embarazada Ha tenido cachorros? _____ cuando? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE: VACCINATION HISTORY Rabies Yes No

Canine DA2PPV Yes No Canine Bordatella Yes No Feline FVRCP Yes No FELV Yes No

Mascota #3

Perro Gato Macho Hembra Se mantiene adentro Se mantiene afuera

Nombre de su mascota: _____ edad: _____ años: _____ meses: _____

peso: _____ raza: _____ Fecha cuando estuvo en celo _____

Embarazada Ha tenido cachorros? _____ cuando? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE: VACCINATION HISTORY Rabies Yes No

Canine DA2PPV Yes No Canine Bordatella Yes No Feline FVRCP Yes No FELV Yes No

Mascota #4

Perro Gato Macho Hembra Se mantiene adentro Se mantiene afuera

Nombre de su mascota: _____ edad: _____ años: _____ meses: _____

peso: _____ raza: _____ Fecha cuando estuvo en celo _____

Embarazada Ha tenido cachorros? _____ cuando? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE: VACCINATION HISTORY Rabies Yes No

Canine DA2PPV Yes No Canine Bordatella Yes No Feline FVRCP Yes No FELV Yes No

USO OFICIAL SOLAMENTE:

Date Application Received: _____ Date Contacted: _____ Contacted by: _____

Do owners have a regular vet? Yes No If yes who? _____

How did owners hear about Spay-it-Forward? _____

Where did owner get their pet(s)? _____

Has applicant used this program before? Yes No If yes when? _____

Surgery date(s) scheduled for: Pet #1 _____ Pet #2 _____ Pet #3 _____ Pet #4 _____

Co-payment received: _____ \$ _____

Notes: _____
