

1116 E. 59th St
Kansas City, MO. 64110
816-353-0940

3722 State Ave.
Kansas City, KS. 66102
913-662-2005



Solicitud de Despensa para Mascotas

Se necesita la siguiente información antes de poder procesar su solicitud de ayuda comunitaria:

☐ Comprobante de ingresos con fecha de no más de 2 semanas previas

*** Atención: Si usted recibe ayuda del gobierno, necesitamos comprobante con fecha dentro de dos semanas previas. Si no hay ingresos debido a la pérdida de trabajo, necesitaremos comprobante de que fue aprobado o rechazado para asistencia de desempleo.*

☐ Copia de identificación con foto

☐ Comprobante de que su mascota está esterilizada

*** Si sus mascotas aún no están esterilizadas, usted no será aceptado dentro del programa. Si usted no puede con el costo de la cirugía, por favor déjenoslo saber u nosotros trataremos de ayudarle.*

** Si usted es aprobado para nuestra asistencia en ayuda comunitaria, es requisito que su mascota(s) esté al día con su vacuna contra la rabia, licencia de la ciudad (basado en su ciudad), y que tenga un microchip, dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de aprobación de su aplicación. Estos servicios están disponibles en nuestra clínica.*

Gracias,

Ramona Hayes

Pet Food Pantry Coordinator/Outreach Field Specialist

Teléfono: (816) 353-0940 ext. 10

Fax: (816) 523-0887

Solicitud para Despensa

Account # _____

Su nombre completo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Cómo se enteró de SNKC? _____

Parte 1: Otros miembros de la familia:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de teléfono: (Si es diferente del indicado arriba)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Parte 2: Por favor registre a TODAS las mascotas en su hogar. (Incluyendo los que viven afuera)

NOMBRE DE SU MASCOTA Y ESPECIE	RAZA	COLOR	EDAD	ESTERILIZADOS SI O NO	PESO

¿Cómo adquirió a su mascota(s)? Criador Tienda Callejero Amigo Rescate Otro _____

¿Su mascota vive dentro, fuera, o ambos? _____

Parte 3: Ingresos y Gastos del Hogar

Circule uno:

Trabajo (salario)	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
	+	
+ Pensiones, retiro, Seguro Social	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
+Bienestar, Manutención de	+	
Menores recibido	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
	+	
+Cupones de Alimentos	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
	+	
+Otros Ingresos	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
	-	
-Manutención de Menores:	\$ _____	<i>Semanal Quincenal Mensual</i>
	-	
-Renta/hipoteca costo por mes:	\$ _____	
Total de Ingresos:	\$ _____	



Reglas y Guía para la Despensa de Comida

*Por favor lea cada una de las declaraciones y ponga sus iniciales en las líneas indicadas *

Yo, ____ entiendo que la cabeza de la familia debe de aplicar. Firmando mis iniciales, declaro que yo soy la cabeza de la casa. Entiendo que solo puede existir UNA CUENTA por familia.

Yo, ____ entiendo que mi solicitud será revisada por un representante de Spay & Neuter Kansas City (SNKC) antes de calificar para despensa de comida del programa Familias Mejores Unidas.

Yo, ____ entiendo que mi solicitud no será aprobada, o una vez aprobada no puedo recibir comida si tengo saldo pendiente con Spay & Neuter Kansas City (SNKC)

Yo, ____ entiendo que los siguientes artículos DEBEN ser presentados a SNKC junto con la solicitud: Identificación estatal con foto y comprobante de ingresos o ayuda del gobierno con fecha de no más de dos semanas previas.

***Si recibe ayuda del gobierno necesitaremos la prueba fechada con no más de dos semanas previas. Si no hay ingresos debido a la pérdida de trabajo, necesitaremos comprobante que fue aprobado o rechazado para asistencia de desempleo.**

Yo, ____ entiendo que TODAS las mascotas de la casa deben estar esterilizadas. **SE REQUIERE PRUEBA.**

Yo, ____ entiendo que cada una de las mascotas en el programa de despensa de comida de SNKC requiere estar al día con la vacuna contra la rabia, licencia de la ciudad (basado en ciudad), y microchip dentro de 90 días de recibir esta carta. Si esto no se completa dentro del plazo establecido, será eliminado del programa.

Yo, ____ entiendo que mientras sea parte del programa no debo de adquirir más mascotas, si adquiero otra, será eliminado del programa.

Yo, ____ entiendo que aparte de mi nombre, solo me permiten tener 1 persona adicional autorizado para recoger comida en mi cuenta.

Yo, ____ entiendo que se me otorgará una tarjeta de membresía para despensa de comida. La tarjeta **DEBE ESTAR PRESENTE** cada vez que requiero asistencia. Yo entiendo que si mi tarjeta es extraviada o robada pagaré una cuota de reemplazo de \$10 o no podré recibir ayuda en alimento para mascota.

Yo, ____ entiendo que recibiré un contenedor para comida del programa de Despensa de Comida. Este contenedor **DEBE ESTAR PRESENTE** cada vez que necesite alimento, y solo con personas autorizadas en mi cuenta. Entiendo que si mi contenedor es perdido, robado o dañado voy a pagar una cuota de reemplazo (\$3 por la tapa, \$3 por el contenedor) o no podré recibir ayuda de alimento para mi mascota.

Yo, ____ entiendo que la asistencia se limita a UNA vez por mes según la disponibilidad. Entiendo que la cantidad de donaciones varía, y por lo tanto, es posible no recibir la misma cantidad de alimento cada mes.

Yo, ____ entiendo que todas las solicitudes de asistencia son limitadas y que SNKC está aquí para ofrecer ayuda con la alimentación de mis mascotas. SNKC no será responsable de ser el único proveedor de comida.

Yo, ____ entiendo que las cuentas se mantendrán activas por solo un año de la fecha de aprobación y que debo renovar mi solicitud anualmente. (Incluyendo prueba de ingresos, copia de identificación, prueba de esterilización)

Yo, ____ entiendo que se requiere una entrevista telefónica antes de ser aprobado.

Yo, ____ entiendo y estoy consciente de las fechas y horas de la despensa de comida para mascotas. Si vengo fuera de las fechas y horas designadas, no recibiré asistencia y tendré que devolver en fechas y horas designadas.

Yo, ____ entiendo que nadie en la casa debe vender la comida o artículos proporcionados por la despensa. Si la comida o el artículo(s) es vendido, mi casa y todos sus miembros, serán expulsados de la ayuda indefinidamente.

Yo, ____ entiendo que SNKC acepta todo tipo de donaciones para mascotas. Al aceptar alimento de mascotas/arena para gatos/artículos de cuidado/ o servicios de la despensa de comida para mascotas, yo, todos los miembros del hogar, sus amigos y familia están de acuerdo de no culpar a SNKC, la despensa, su personal, voluntarios, agentes y cesionarios legalmente responsables en el desafortunado caso que mi mascota se enferme o la comida moleste el estómago del animal.

Yo, ____ entiendo y soy consciente que cuando uno recibe alimento de la despensa, hay posibles riesgos con darle una comida nueva a mi mascota, ya que es poco probable que la misma marca de comida estará disponible cada mes.

Yo, ____ entiendo que no se debe abusar de este programa y si me ven abusando de él seré expulsado. Abuso del programa es definido como, pero no limitado a; compartir tarjetas/cuenta con personas no autorizadas, aceptar alimentos o artículos si soy capaz de pagarlos, regalar mis artículos/comida a otros, vender los artículos/comida o utilizar cuentas múltiples.

Yo, ____ entiendo que seré expulsado del programa si me comporto de manera grosera o irrespetuosa con cualquier miembro del personal o voluntario de SNKC y Familias Mejor Unidas™.

Spay & Neuter Kansas City (SNKC) se reserva el derecho de modificar, alterar o cambiar todos/algunos de los componentes de las reglas del programa de despensa de comida sin previo aviso a los participantes.

Al firmar yo estoy indicando que:

- Soy consciente de las reglas y guías de la despensa de comida para mascotas y que obedeceré las directrices. Violación de cualquiera de estas reglas puede resultar en mi expulsión del programa.

-La información financiera que proveí en esta solicitud es correcta y verdadera. Proveer información falsa resultara en la expulsión del programa.

Primer Nombre & Apellido: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

OFFICE USE ONLY:

Annual income: _____ Household size: _____ Number of pets: _____

Date reviewed: _____ Staff initial: _____

Please check one: Accepted Denied

If denied, please explain: _____