

**Por favor indique cuál de las siguientes es su ubicación preferida:**

- **PRCKC** : 1116 E. 59th Street KCMO 64110
- **GP Merriam**: 5428 Antioch Dr. Merriam KS 66202

La siguiente información es necesario antes de nosotros podemos procesar su aplicación:

Una copia de su identificación con foto

Evidencia que su(s) mascota(s)

es **esterilizada/castrado**\*\*\*Si sus mascotas no son esterilizadas/castrados, no va a ser aceptado para nuestro programa. Si Ud. necesita ayuda con el costo de la cirugía, por favor díganos y intentaremos a ayudarlo.

**Si Ud. fuera aprobado para la Alianza de Comida para Mascotas, es necesario que su(s) mascota(s) esté al día con la vacuna de rabia dentro de 90 días de la fecha de aprobación. Sugerimos que su mascota tenga un microchip. Ofrecemos estos servicios a nuestra clínica. Cualquier información falsa puede resultar en la denegación de su aplicación. No vamos a procesar aplicaciones incompletas. Por favor espere hasta dos semanas para revisión y procesamiento.**

**Gracias,**

**Coordinadores de la Alianza de Comida para Mascotas**  
[petfood.kc@gmail.com](mailto:petfood.kc@gmail.com), 913-808-2872

La Alianza de Comida para Mascotas es posible por donaciones, financiación de becas, y los esfuerzos colaborativos de Centro de Recursos para Mascotas de Kansas City y Great Plains SPCA.

# Aplicación de Alianza de Comida para Mascotas Account # \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

## Parte 1: Por favor haga una lista de TODAS sus mascotas en la casa (No más de 4 mascotas en cada familia/casa)

Nombre de mascota      Raza      Edad      Sexo      Alterada      Peso      Verification S/N (Staff initials)


## Parte 2: Las siguientes son nuestras reglas para la Alianza de Comida para Mascotas. Por favor lea cada una y poner sus iniciales en las líneas indicando que entiende cada declaración y cumplirá con las reglas establecidas:

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que la cabeza de la familia debe ser la única persona que puede aplicar. Firmando con mis iniciales, estoy declarando que soy la cabeza de la familia.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que debe haber SOLO UNA cuenta por cada familia/casa.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que mi aplicación va a ser analizada por un miembro de la Alianza de Comida para Mascotas (ACM) antes de ser aprobado por la Alianza de Comida para Mascotas.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que **TODAS** las mascotas en la casa/familia necesitan ser esterilizadas/castrados. **EVIDENCIA ES NECESARIO.**

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que cada mascota en la lista de Alianza de Comida para Mascota debe estar al día con la vacuna de rabia. Sugerimos que su mascota tenga un microchip. Todas ubicaciones ofrecen este servicio. La falta de estar al día con la vacuna de rabia puede resultar en la eliminación del programa.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que no puedo acumular o alojar más mascotas aparte de las mascotas que ya son aprobadas en el programa, y si hago, voy a ser eliminado del programa.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que solo puede ser una otra persona aparte de yo que es autorizada y puede recoger la comida para mi.

Yo, \_\_\_\_ entiendo que ustedes me van a dar una tarjeta para la Alianza de Comida para Mascotas. Esta tarjeta **NECESITA** estar presentada por una persona autorizada de la cuenta cada vez que les pide por ayuda. Si no tengo la tarjeta de ACM conmigo, entiendo que identificación con una foto es aceptable.

Yo, \_\_\_\_ entiendo que todas las solicitudes para ayuda se limitan a **UNA** solicitud cada mes y depende de disponibilidad. Entiendo que la cantidad y el tipo de donaciones que recibo pueden variar, y por lo tanto es posible que no voy a recibir la misma cantidad o lo mismo tipo de comida cada mes.

Yo, \_\_\_\_ entiendo que ustedes me van a ofrecer comida para hasta cuatro mascotas con la intención que va a suplementar los alimentos de mi(s) mascota(s). Si tengo más de cuatro mascotas, es mi responsabilidad para determinar cómo voy a asignar apropiadamente la comida que recibo.

Yo, \_\_\_\_ entiendo que las cuentas de ACM son activas por un año desde la fecha de aprobación y tengo que aplicar otra vez (con mi identificación y foto) cuando el año se acaba.

Yo, \_\_\_\_ entiendo y sé de las fechas, horas y ubicaciones de la Alianza de Comida para Mascotas. Si no llego durante de las fechas/horas/ubicaciones designadas, no voy a recibir ayuda y necesito regresar en las fechas y horas designadas.

Yo, \_\_\_\_ entiendo que ACM acepta muchos tipos diferentes de donaciones para mascotas. Aceptando comida, arena de gatos, artículos de mascotas o servicios de la Alianza de Comida para Mascotas, yo y todos los miembros de la familia, incluyendo amigos, están de acuerdo de que la Alianza de Comida para Mascotas, sus empleados, voluntarios o agentes, no son legalmente responsables por un evento desafortunado si la(s) mascota(s) se enferma de la comida.

Yo, \_\_\_\_ estoy de acuerdo de que no voy a maltratar el programa. Si estoy abusando la Alianza de Comida para Mascotas, voy a ser eliminado del programa inmediatamente. El abuso de la Alianza de Comida para Mascotas es definido por pero no se limita a, compartiendo tarjetas de cuentas con otros que no son autorizados, aceptando comida o artículos que el dueño puede pagar, regalando la comida o los artículos a otros, vendiendo la comida/los artículos, usando cuentas múltiples y/o comprometiendo la disponibilidad de recursos de otros clientes.

**Yo, \_\_\_\_ entiendo que voy a ser terminado de la Alianza de Comida para Mascotas si maltrato a algún empleado o voluntario de la Alianza de Comida para Mascotas.**

*\*\*La Alianza de Comida para Mascotas (ACM) reserva el derecho para revisar, alterar o cambiar cualquier componente de la Alianza de Comida para Mascotas reglas con o sin notificando los participantes.*

**Firmando abajo declaro que:** → Yo entiendo las reglas para la Alianza de Comida para Mascotas, y voy a cumplir con todas las declaraciones arriba. Una violación de alguna de estas regulaciones puede resultar en la terminación de esto programa. → La información que he proveído en esta aplicación es correcta y honesta. Proveyendo información falsa puede resultar en la eliminación de la Alianza de Comida para Mascotas.

**Nombre completo (impreso):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PET FOOD ALLIANCE -- OFFICE USE ONLY** Date application received: \_\_\_\_\_ Date  
application reviewed: \_\_\_\_\_ Staff initials: \_\_\_\_\_

Please check one  Accepted  Denied

If denied, please  
explain: \_\_\_\_\_