



La siguiente información es necesario antes de que podamos procesar su aplicación:

- Una copia del certificado de vacunación de la rabia actual de su mascota

- Evidencia que su(s) mascota(s) es esterilizada/castrado

Para programar una cita de esterilización/castración, por favor llámenos al 816-353-0940 (opción 3 para español)

Para programar una cita de vacunación, por favor mande un correo electrónico al outreach@prckc.org

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 Asistencia
Alimentaria**

padmin@prckc.org

816-353-0940



CENTRO DE RECURSOS PARA MASCOTAS DE KANSAS CITY

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 las mascotas en la casa (No más de 4 mascotas por cada familia/casa)

Nombre de mascota	Raza	Edad	Sexo	Esterilizada/capado?



CENTRO DE RECURSOS PARA MASCOTAS DE KANSAS CITY

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 las 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 ayuda. Si no tengo la tarjeta de ACM conmigo, entiendo que identificación con una foto es aceptable.

Yo, ____ entiendo que todas las solicitudes de 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 el 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 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.



CENTRO DE RECURSOS PARA MASCOTAS DE KANSAS CITY

Yo, ____ entiendo y sé de las fechas, horas y ubicaciones de la Alianza de Comida para Mascotas. Si no llego durante 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 este 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: _____