



## Paquete de Solicitud para Despensa de Comida para Mascotas

La siguiente información es requerida 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 prueba fechada 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 estatal con foto

- ✓ Comprobante de que su mascota está esterilizada

*\*Atención: Se harán excepciones a discreción de SNKC*

**\* 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,  
David Shapiro  
Pet Food Pantry Coordinator  
1116 E. 59th St. Kansas City, MO 64110  
Teléfono: (816) 353-0940 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	Edad	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 Mascota	Raza	Color	Edad	Sexo	Alterada	Peso
-------------------	------	-------	------	------	----------	------


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

¿Su mascota vive dentro, fuera, o las dos opciones? \_\_\_\_\_

## Parte 3: Total de ingreso bruto para toda la casa

Trabajo: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Pensión, jubilación, Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Welfare, Child Support: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Estampillas de comida: \$ \_\_\_\_\_  
Renta/Plazo de hipoteca: \$ \_\_\_\_\_  
Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
**Ingreso Total:** \$ \_\_\_\_\_

¿Asistencias adicionales?: \_\_\_\_\_

**Yo certifico (prometo) que toda la información es verdadera, y que todos mis ingresos están divulgados. Entiendo que los ingresos serán verificados con las partes interesadas. Entiendo que si se falsifico cualquier información, mi mascota puede perder su asistencia y puedo ser procesado bajo la pena de perjurio.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY:

Annual Income: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_ # of Pets \_\_\_\_\_ Date reviewed: \_\_\_\_\_

Accepted: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Staff Initial: \_\_\_\_\_

If denied- please explain:



## 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 de 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. Por favor, comprenda que no somos un programa de asistencia del gobierno, no estamos obligados a asistirle y estamos basados completamente en donaciones. Esto significa que es posible que no podamos ayudarle con todas sus necesidades. Toda asistencia está basada en casos particulares, aun cuando haya sido aprobado para el programa.**

*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.

Nombre en molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

---

**Office Use Only**

---

**Interviewed by:**

Staff Name: \_\_\_\_\_ Sign: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_