



ESTADO DE CONNECTICUT  
 DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA  
 PROGRAMA DE CONTROL DE LA POBLACIÓN ANIMAL



**APLICACIÓN PARA ESTERILIZACIÓN DE MASCOTAS PARA  
 PROPIETARIOS DE BAJOS INGRESOS**

El Departamento de Agricultura a través del Programa de Control de la Población Animal (APCP) provee vacunas y beneficios de esterilización para su (s) mascota (s) en un lote limitado. De ser aprobado, usted puede ser elegible para recibir hasta dos (2) cupones de esterilización/castración por casa. El cupón provee beneficios para una sola vez y puede incluir: \$50 para un gato macho, \$70 para gato hembra, \$100 para perro macho y \$120 para perro hembra con dos vacunas pre-quirúrgicas. Usted debe ser residente de CT para ser elegible. El veterinario puede requerir servicios adicionales, que deben ser cubiertos por el propietario de la mascota. Por favor complete la parte reversa de este formulario para determinar su elegibilidad.

Por favor, provea la información de sus mascotas:

Mascota 1:

|                                                                |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Perro                                                          | Gato                                                           |
| <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra | <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra |

Raza: \_\_\_\_\_  
 Color: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_

Mascota 2

|                                                                |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Perro                                                          | Gato                                                           |
| <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra | <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra |

Raza: \_\_\_\_\_  
 Color: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe esta aplicación por correo a la dirección que aparece abajo. Si está incompleta, la aplicación será devuelta. El proceso de aprobación tarda aproximadamente tres semanas.

**Connecticut Department of Agriculture  
 Animal Population Control Program  
 450 Columbus Blvd., Suite 701  
 Hartford CT 06103**

¿Preguntas? Por favor llame al 860-713-2507 o envíe un email a: [agr.apcp@ct.gov](mailto:agr.apcp@ct.gov)

Una vez aprobada su aplicación, el cupón o cupones serán enviados por correo a la dirección que aparece en la aplicación con instrucciones específicas.

**ESTA FORMULARIO PUEDE SER REPRODUCIDO**

Solo para el uso del Departamento de Agricultura:

|                                                                      |                           |        |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|
| Aprobado:    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Firma del Oficial de DAG: | Fecha: |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA  
PROGRAMA DE CONTROL DE LA POBLACIÓN ANIMAL

**SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales (DSS) el permiso para proveer al Departamento de Agricultura (DAG), my status de elegibilidad para los siguientes programas de DSS.**

¿Recibe usted alguna asistencia para cualquiera de estos programas? Marque el que corresponde.

SNAP                       Asistencia Familiar Temporal (TFA)  
 Husky A, C or D (Medicaid)     Suplementos Estatales  
 SAGA

**Entiendo que mi información de elegibilidad proveída en respuesta a esta autorización ya no es protegida por las regulaciones de privacidad de DSS.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo o Representante

\_\_\_\_\_  
# de Seguro Social o de Cliente DSS

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo o Representante

---

**Uso Oficial de DSS:**

Verifico que la persona descrita arriba es elegible para los siguientes programas de DSS:

SNAP     TFA     HUSKY A, C or D     State Supp     SAGA

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de DSS

\_\_\_\_\_  
Fecha