

Nom de l'agent de contrôle des animaux (ACO)/ du prestataire de soins responsable :	Priorité ?	Oui	<input type="checkbox"/>	ou	Non	<input type="checkbox"/>
Email du demandeur :	Raison de la priorité :					

Date de la demande : _____
Nombre de bons : _____



DEMANDE D'ASSISTANCE POUR LA STÉRILISATION/VACCINATION DU FONDS POUR LES ANIMAUX DU MASSACHUSETTS (MAF)

*** Les demandes dûment remplies doivent être soumises aux agents locaux de contrôle des animaux ou à un fournisseur de soins vétérinaires.**

Les demandes INCOMPLETES et envoyées directement à Mass ne peuvent pas être traitées.

Informations requises sur le propriétaire

NOM :		
ADRESSE :		
VILLE		CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE :		EMAIL :
ÉLIGIBILITÉ AU REVENU	Bénéficiez-vous d'une aide publique ? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, quels programmes ?
Si vous ne recevez pas d'aide financière, veuillez décrire vos besoins financiers ci-dessous (inclure le revenu du ménage, le nombre de personnes)		
Signature du propriétaire :		

Informations requises sur l'animal

Nom :		CHAT <input type="checkbox"/>	CHIEN <input type="checkbox"/>
Race :	Âge :	Mâle <input type="checkbox"/>	Femelle <input type="checkbox"/>
Description :			
Où avez-vous trouvé cet animal ?	<input type="checkbox"/> Refuge/sauvetage	<input type="checkbox"/> Particulier	<input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Éleveur	<input type="checkbox"/> Élevé à domicile	
Si d'un refuge/sauvetage ou d'une animalerie, veuillez fournir les informations suivantes :			
Nom de l'organisation et date d'adoption		Avez-vous récupéré cet animal dans le Massachusetts ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quand votre animal a-t-il été vu pour la dernière fois par un vétérinaire ?			
Avez-vous d'autres animaux qui ont besoin d'aide ? Veuillez les énumérer.			

**POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS RESPONSABLES OU LES AGENTS DE CONTRÔLE DES ANIMAUX
UNIQUEMENT :**

Envoyez les formulaires remplis par email à Kyle.Baron@Mass.gov ou Sheri.Gustafson@mass.gov
Fax : 617-626-1733

Initiales d'approbation du MAF :	Inscrit sur liste d'attente :	Délivré :
----------------------------------	-------------------------------	-----------