

Имя запрашивающего АСО (Организация подотчетного обслуживания)/поставщика:	Приоритет? Да <input type="checkbox"/>	или Нет <input type="checkbox"/>
Электронный адрес запрашивающего:	Причина приоритета:	

Дата запроса: _____
Кол-во ваучеров: _____



ЗАПРОС НА ПОМОЩЬ ПО СТЕРИЛИЗАЦИИ/КАСТРАЦИИ/ВАКЦИНАЦИИ В ФОНД ПОМОЩИ ЖИВОТНЫМ (MAF)

*** Заполненные заявки должны быть отправлены местным специалистам по контролю за животными или ветеринарному врачу.**

НЕПОЛНЫЕ заявки и заявки, поданные непосредственно в Массачусетс, не могут быть обработаны.

Необходимая информация о владельце

ИМЯ:		
АДРЕС:		
ГОРОД		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
ТЕЛЕФОН:		ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА:
ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ДОХОДА	Получаете ли вы государственную помощь? Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/>	Если да, то какие программы?
Если вы не получаете финансовую помощь, пожалуйста, опишите свои финансовые потребности ниже (укажите доход семьи, количество человек).		
Подпись владельца:		

Необходимая информация о животном

Имя:	КОШКА <input type="checkbox"/>	СОБАКА <input type="checkbox"/>
Порода:	Возраст:	Самец <input type="checkbox"/> Самка <input type="checkbox"/>
Описание:		
Откуда у вас этот питомец?	<input type="checkbox"/> Приют/Спас. орг-ция. <input type="checkbox"/> Частное лицо <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Заводчик <input type="checkbox"/> Выведен в дом. услов.
Если из Приюта/Службы Спасения или Зоомагазина, предоставьте следующую информацию:		
Название организации и дата принятия	Вы выбрали этого питомца в Массачусетсе?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Когда ваше животное в последний раз осматривал ветеринар?		
Есть ли у вас еще животные, нуждающиеся в помощи? Пожалуйста, перечислите.		

ТОЛЬКО ДЛЯ АСО ИЛИ ПОСТАВЩИКОВ:

Отправьте заполненные формы по электронной почте Kyle.Baron@Mass.gov или Sheri.Gustafson@mass.gov.

Факс: 617-626-1733

Инициалы офиц. утверждения MAF:	Внесен в список ожидания:	Выдано:
---------------------------------	---------------------------	---------