

动物管制官 (ACO) /提供者申请人的姓名:	优先事项? 是 ☐ 或 否 ☐
申请人的电子邮件:	优先处理的原因:

申请日期: _____
代金券的号码: _____



麻省 (MASS) 动物基金(MAF)绝育/疫苗接种援助申请

***填写完整的申请必须提交给当地动物管制官或兽医服务提供者。**

不完整的申请和直接提交给Mass的申请将不予处理。

必需的主人信息

姓名:		
地址:		
城市:		邮政编码:
电话:		电子邮件:
收入资格	你接受公共援助吗? 是 ☐ 否 ☐	如果回答“是”，您接受什么援助计划?
如果您没有接受经济援助，请在下面描述您的经济需求（包括家庭收入、人数）。		
主人的签名:		

必需的动物信息

名字:	猫 ☐	狗 ☐
品种:	年龄:	公 ☐ 母 ☐
描述:		
你是从哪里得到这只宠物的?	☐ 收容处/救助组织	☐ 私人
	☐ 饲养者	☐ 在家培育
	☐ 其它 _____	
如果宠物来自收容处/救助组织或宠物店，请提供以下信息:		
机构的名称	你是在麻省 (MA) 领养的这只宠物吗? 是 ☐	
和领养日期:	否 ☐	
你的宠物最后一次看兽医是什么时候?		
您还有其他需要帮助的动物吗? 请列出。		

仅供ACO或提供者:

用电子邮件将填写完整的表格发送至 Kyle.Baron@Mass.gov 或 Sheri.Gustafson@mass.gov

传真: 617-626-1733

MAF批准的首字母签名:

列入等候者名单:

发布于: