

FACE Fundación

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del dueño de animal	Domicilio <input type="checkbox"/> propias <input type="checkbox"/> alquiler	Número de Teléfono: Hogar/Celular
Email del dueño de animal	Empleador (si trabaja)	Teléfono del Trabajo
Nombre de Mascota <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Duración de la Propiedad	Cumpleaños de la Mascota
Raza de animal	Mascota adquirida de:	¿Seguro del animal doméstico? Si o No?
Esterilizada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Mascota necesita trabajo dental? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Número de Póliza:
¿Corriente de las vacunas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Ingreso familiar anual: _____	Naturaleza de la dificultad financiera (por favor sea específico): _____	
Número de personas en hogar: _____	_____	
Alquiler/hipoteca mensual : _____	_____	

FACE cree en "pagarlo adelante." Qué donación mensual se comprometen a ayudarnos a salvar más animales: \$ _____

Declaro que he agotado todas las opciones alternativas disponibles para asistencia financier. Estoy de acuerdo en reembolsar la Fundación para los fondos recibidos a un cambio en mis circunstancias financieras. Además, por la presente asigno a la Fundación todos los derechos de los importes recibidos de seguro o de otra fuente de recuperación. No operar ninguna forma de criadero con fines de lucro y acepta proporcionar documentos financieros en apoyo de esta solicitud. Estoy de acuerdo que mi mascota esterilizados/castrados durante o después del tratamiento. Entiendo que la Fundación no es responsable por el tratamiento o resultado de los servicios veterinarios proporcionados y por la presente renuncia a cualquier reclamación de responsabilidad contra la Fundación y que la Fundación reserva el derecho de denegar una solicitud de ayuda financiera a cualquier persona por cualquier razón. Entiendo que FACE no es financieramente responsable por los gastos incurridos en el hospital veterinario tratante antes de la presentación de esta solicitud. Entiendo que si yo estoy aprobado para la financiación, yo no estoy automáticamente aprobada para cualquier ayuda más otra. Autorizo a la Fundación a utilizar la fotografía de mi o mi mascota y cualquier información relativa al pago de fondos en virtud de esta aplicación para cualquier propósito. Estoy de acuerdo en ser voluntario en eventos especiales y recaudación de fondos de la Fundación. Declaro, bajo pena de perjurio, que la anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Fecha: _____ Firma Del Dueño: _____

Hospital Use Only:

Treating Veterinarian	Hospital	Telephone	\$ Treatment Estimate
Diagnosis	Prognosis <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P	Recommended Procedure	
<i>I agree to a minimum 25% discount from the usual and customary rate for treatment to be funded by this grant, if approved.</i>			
Date	Signature		

FACE Office Use Only:

\$ 25% Discount _____ \$ Approved Credit Y N _____ \$ Owner Contribution _____ \$ FACE Funds _____

REQUEST <input type="checkbox"/> APPROVED			
<input type="checkbox"/> DENIED	DATE	BY	FACE ACCT ID
	DOCUMENTS ATTACHED →	<input type="checkbox"/> ESTIMATE <input type="checkbox"/> MEDICAL RECORDS <input type="checkbox"/> CARE CREDIT RESULTS <input type="checkbox"/> 1040 TAX RETURN <input type="checkbox"/> BANK STATEMENTS	

