

CITIZENS FOR ANIMAL PROTECTION APLICACION PARA PERROS

Debes que tener al menos 18 años o mas para completar esta aplicacion y para adoptar en CAP.

Adoption Process Time: (staff only) Date _____

Start Time _____ Time Completed _____ Adoption Counselor _____

Animal Information: (staff only)

Foster: _____

1st Adoption: Incoming # _____ \$ _____ \$ _____ Disc Type _____

2nd Adoption: Incoming # _____ \$ _____ \$ _____ Disc Type _____

Nombre de adoptante _____ DL# _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Cuanto tiempo has vivido en esta dirección? _____ Es aquí donde vivirá el animal? Si No

Teléfono _____ Celular Casa Trabajo

Teléfono _____ Celular Casa Trabajo

Su empleador _____

Vivo en: Apartamento Casa Condominio/complejo Otra _____

Soy dueño de la casa

o Rento la casa-(Dueño o nombre de apt _____ número de teléfono _____)

o Alguien más es el dueño de la casa(padres, compañero, parientes, etc) _____

Por favor pon a todos los adultos viviendo en su residencia:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Cuantos niños viven en la residencia? _____ Edades _____, _____, _____, _____

HISTORIA ACTUAL DE MASCOTAS: Por favor, enumera las mascotas que tienes actualmente.

Tipo	Edad	Castrado/ esterizada?	Guardado dentro? Fuera de? Ambos?

HISTORIA PREVIA DE MASCOTAS: Enumere las mascotas que ha tenido en los últimos 5 años, pero ya no tiene.

Tipo	Edad	Castrado/ esterizada?	La razón ya no tiene

Has adoptado anteriormente de CAP? _____ Si es así, todavía tienes la mascota? _____

Cuál es el nombre de su veterinario o clínica? _____

Están todos sus animales al día con las vacunas? _____

Actual sobre preventivo del parásito del corazón? _____

Cuál es el nombre del preventivo? _____

*Staff
initial*

*Staff
initial*

Chk dog

History /
Memos

Deposit

Rent

pets

Weight

Por favor dínos por qué has decidido adoptar un animal hoy? _____

Quien será el cuidador principal de este animal? _____

Cuando estás en casa, dónde estará este animal? _____

Cuando salgas (trabajo, diligencias, etc.) dónde estará este animal? _____

En un día típico, cuánto tiempo se dejará este animal solo? _____

Cómo se limitará este animal a su propiedad? _____

Qué tipo de refugio va tener este animal cuando esté afuera? _____

Por favor marque las temas en que desean mas informacion:

___ Parasitos de corazón y los efectos si no se previenen ___ Importancia de las vacunas

___ Entrenamiento de la casa ___ Entrenamiento de jaula ___ Entrenamiento de obediencia ___ La mejor comida y premios

___ Como transportar con seguridad en un vehículo

___ Como desalentar la masticacion o comportamiento destructivo

___ Como introducir este animal con mis otras mascotas ___ Como introducir este animal con mis niños

___ Enfermedades comunes y cosas que debo fijarme cuando me llevo el animal a la casa

Por favor preguntele al consejero cualquier otra pregunta o preocupaciones que usted tiene.

Requisitos de adopción: (Por favor lea y marque SI o NO)

Estoy de acuerdo de dar CAP la autorización para verificar mi información y entiendo que CAP tiene el derecho de aprobar o denegar mi solicitud en función de la información ofrecida. SI NO

Yo certifico que todos los adultos en esta residencia saben y estan de acuerdo de esta adopcion. SI NO

Yo certifico que tengo el permiso de mi apartamento o dueño de la casa de tener esta mascota. SI NO

Entiendo que CAP no puede garantizar el temperamento o la salud de este animal y puedo devolver **dentro de dos semanas** si es un problema de salud o temperamento. SI NO

Entiendo que puedo ser elegible para un intercambio (depende de las circunstancias) Si decido devolver a la mascota dentro de dos semanas de la adopción SI NO

Estoy de acuerdo hacer una cita con un veterinario en una clínica de servicio completo **dentro de 72 horas** de recoger a la mascota. Entiendo que este examen es gratis si utilizo a los veterinarios en la lista que me han dado . SI NO

Entiendo que puedo llamar a CAP si esta mascota se enferma dentro de dos semanas de la adopción (o si el examen gratuito encuentra un problema de salud). Podre traer la mascota para una evaluación veterinaria gratuita. Si el veterinario determina que el animal tenía una condición preexistente en el momento de la adopción o desarrolla una enfermedad que se han obtenido en CAP, tengo la opción de comprar medicamentos a un costo mínimo para mi mascota. Problemas de salud que se origen después de dos semanas de la adopción deben ser tratadas con mi clínica veterinaria. SI NO

Entiendo y estoy de acuerdo si decido tener esta mascota tratada fuera de CAP, sere responsable de todos los gastos que se incurren. SI NO

Entiendo y acepto proporcionar cuidado, compañerismo, tratamiento médico, obedecer las leyes locales y estatales, y proporcionar cualquier otra necesidad que garanticen que este animal goza de una vida feliz, sana y amorosa. SI NO

Si ya no puedo cuidar a esta mascota, acepto devolverla a CAP y no ponerla en otra casa. SI NO

Certifico que contesté todas las preguntas y proporcioné la información de la manera más sincera y mejor posible. Entiendo que cualquier información falsa puede ser motivo de denegación de esta aplicacion. SI NO

Entiendo que una vez que se envía esta solicitud, se convierte en propiedad legal de CAP y la información no puede ser alterada o cambiada. SI NO

Entiendo que la contribucion dada no es reembolsable. SI NO

Firma _____ **Fecha** _____

STAFF USE ONLY:

Approved _____ by _____ or Declined _____ by _____ Manager _____

Reason _____