

CITIZENS FOR ANIMAL PROTECTION

APLICACION PARA MAMÍFEROS PEQUEÑOS

Debe tener al menos 18 años para adoptar de CAP y completar esta solicitud de adopción.
Por favor, entregue la solicitud completa a un Asociado de Servicio al Cliente al finalizar.

Adoption Process Time: (solo empleados)

Date: _____

Start Time: _____ Time Completed: _____ Adoption Counselor: _____

Animal Information: (solo empleados)

Foster: _____

1st adoption: Incoming # _____ \$ _____ \$ _____ Disc. Type _____

2nd adoption: Incoming # _____ \$ _____ \$ _____ Disc. Type _____

Nombre del Adoptante _____ DL # _____

****OBLIGATORIO****

Direccion: _____ Apt _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cuánto tiempo has vivido en esta dirección? _____ Es aquí donde vivirá el animal? Yes No

Teléfono 1: _____ Celular Casa Trabajo

Teléfono 2: _____ Celular Casa Trabajo

Correo Electronico: _____

Su empleador: _____

Si no está empleado(a), por favor indique otras fuentes de ingreso o la persona que será responsable financieramente del cuidado de la mascota.

Yo vivo en: Apartamento Casa Condominio/Complejo Otra: _____

Soy de la casa

o Rento la casa - o nombre del apt: _____ Teléfono: _____

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

Por favor, enumere a todos los adultos que viven en la residencia.

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

DL#: _____ DL#: _____

Telefono #: _____ Telefono#: _____

****Si tiene otros adultos que agregar, por favor escriba sus datos en la parte posterior de este formulario.****

¿Cuántos niños viven en la residencia? _____ Ages: ____/____/____/____

Chk
animal

Chk
memos

History/
Memos

Chk
name &
ID

Verify
address

Deposit

Rent

of pets

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 por la que ya no tiene

¿Has adoptado anteriormente de CAP? Sí No Si es así, ¿todavía tienes la mascota? Si No

¿Cuál es el nombre de su veterinario o clínica? _____

¿Están todos sus animales al día con las vacunas? Sí No

Por favor, dinos por qué has decidido adoptar un animal hoy: _____

¿Quién será el cuidador principal de este animal? _____

¿Has cuidado antes a este tipo de animal o a uno similar? _____

¿Qué tipo de hábitat tendrá este animal? _____

¿Dónde se mantendrá este animal? ___ Adentro ___ Afuera ___ Ambos

Describe el cuidado diario y la nutrición que recibirá este animal: _____

Por favor, marque los temas sobre los que desea información:

Cómo presentar esta mascota a otras mascotas

Mejor tipo de cama (lecho)

Cuidado de dientes y uñas

Socialización

Mejores tipos de juguetes y golosinas

Cómo presentar esta mascota a mis hijos

Enfermedades comunes y qué observar en casa

Please feel free to ask your adoption counselor any other questions or concerns you may have!

REQUISITOS DE ADOPCIÓN

Por favor lea y marque Sí o NO

- Acepto otorgar a CAP la autoridad para verificar mi información y entiendo que CAP se reserva el derecho de aprobar o rechazar mi solicitud según la información proporcionada. **SÍ NO**
- Certifico que todos los adultos en esta residencia están informados y han dado su consentimiento para la adopción de esta mascota. **SÍ NO**
- Certifico que tengo permiso de mi complejo de apartamentos o de mi propietario para tener esta mascota. **SÍ NO**
- Entiendo que CAP no puede garantizar el temperamento o la salud de este animal y que puedo devolver esta mascota dentro de las 2 semanas posteriores a la adopción si existe un problema de temperamento o salud. **SÍ NO**
- Entiendo que puedo ser elegible para un intercambio (dependiendo de las circunstancias) si decido devolver la mascota dentro de las dos semanas posteriores a la adopción. **SÍ NO**
- Acepto programar una cita con un veterinario en una clínica de servicio completo dentro de **las 72 horas** de recoger a la mascota. Entiendo que este examen es gratuito si utilizo los veterinarios de la lista proporcionada. **SÍ NO**
- Entiendo que puedo llamar a CAP si esta mascota se enferma dentro de las dos semanas posteriores a la adopción (o si el examen gratuito detecta un problema de salud). Podré traer a la mascota para una evaluación veterinaria gratuita. Si el veterinario de CAP determina que la mascota tenía una condición preexistente al momento de la adopción o desarrolla una enfermedad que podría haberse adquirido en CAP, tengo la opción de comprar medicamentos a un costo mínimo. Los problemas de salud que se presenten después de 2 semanas de la adopción deberán ser atendidos por mi propio veterinario. **SÍ NO**
- Entiendo y acepto que si decido que esta mascota sea atendida fuera de CAP, seré responsable de todos los gastos incurridos. **SÍ NO**
- Entiendo y acepto proporcionar el cuidado adecuado, compañía, atención médica, obedecer las leyes locales y estatales y cubrir cualquier otra necesidad para asegurar que este animal tenga una vida feliz, saludable y amorosa. **SÍ NO**
- Si ya no puedo cuidar a esta mascota, acepto devolverla a CAP y NO entregarla a otra persona. **SÍ NO**
- Certifico que he respondido todas las preguntas y proporcionado información veraz y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa puede ser motivo para negar esta solicitud. **SÍ NO**
- Entiendo que una vez que esta solicitud sea presentada, se convierte en propiedad legal de CAP y la información no puede ser modificada ni cambiada. **SÍ NO**
- Entiendo que la contribución realizada no es reembolsable. **SÍ NO**

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL	
Approved ____ by _____	or Declined ____ by _____
Reason _____	