

BRUNO'S PRO-BONE-O-PET PANTRY FOOD ASSISTANCE

P.O. BOX 482, GENEVA, IL 60142

**Todas las solicitudes deben devolverse con una declaración jurada de ingresos firmada y documentación de la propiedad de mascotas.**

Si no proporciona una declaración jurada firmada con su solicitud, su solicitud y la capacidad para recibir alimentos para mascotas pueden demorarse.

1. Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_ ¿Está incapacitado? Si No

3. Ciudad y código postal: \_\_\_\_\_ Condado: Kane DuPage Cook

4. Número de teléfono: \_\_\_\_\_

6. ¿Es veterano de las fuerzas armadas de EEUU? Sí (Escriba su #ID \_\_\_\_\_) No

7. Su edad: 18-30 31-40 41-50 51-60 61-67 68+

8. Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_ Número que tienen más de 18 años de edad: \_\_\_\_\_

9. Identifique todas sus mascotas (escriba el nombre, raza, si se sabe, edad, y tamaño de la mascota):

MASCOTA #1: Nombre: \_\_\_\_\_ TIPO (GATO/PERRO/OTRA) \_\_\_\_\_

EDAD ESTIMADA: \_\_\_\_\_ TAMAÑO: P M G XG

MASCOTA #2: Nombre: \_\_\_\_\_ TIPO (GATO/PERRO/OTRA) \_\_\_\_\_

EDAD ESTIMADA: \_\_\_\_\_ TAMAÑO: P M G XG

MASCOTA #3: Nombre: \_\_\_\_\_ TIPO (GATO/PERRO/OTRA) \_\_\_\_\_

EDAD ESTIMADA: \_\_\_\_\_ TAMAÑO: P M G XG

(Si necesita más espacio, puede usar otra hoja)

Por favor indique con sus iniciales aquí \_\_\_\_\_ su entendimiento de que mientras esté recibiendo los servicios de Bruno's Pantry, no puede traer más mascotas a su hogar. Al hacerlo, renunciará los servicios de Bruno's Pantry.

Certifico que la información proporcionada es veraz y que cualquier información falsa resultará en rechazo de esta solicitud y descalificación para los servicios de Bruno's Pantry.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## BRUNO'S PRO-BONE-O-PET FOOD

### PAUTAS BÁSICAS PARA RECIBIR ALIMENTOS PARA MASCOTAS POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

**Todas las solicitudes deben devolverse con una declaración jurada de ingresos firmada y documentación de la propiedad de mascotas.**

Cualquier información personal que podamos pedir será mantenida estrictamente confidencial y no será compartida con nadie por ninguna razón. **Recopilamos datos únicamente con fines estadísticos.**

**Debe aceptar proporcionar documentación de propiedad de mascotas**

Usted acepta que las mascotas son para compañía y no para la cría o ninguna actividad ilegal.

Usted acepta mantener un ambiente sano y seguro para todas las mascotas. **Si esto no es posible, debe notificar a alguien.**

Usted debe darles a sus mascotas agua potable diariamente.

Usted no debe atar o encadenar a sus mascotas durante largos períodos de tiempo.

**Sólo podemos distribuir alimentos una vez al mes.** También tenemos que limitar el número de mascotas a quienes se les da comida. Esto se puede discutir y decidir caso por caso.

Nos reservamos el derecho de rehusar asistencia a cualquiera que abuse del programa independientemente de su nivel de ingresos o necesidad. Si por alguna razón el alimento o los artículos donados son revendidos por cualquier miembro del hogar, todos los miembros de la casa serán prohibidos del programa permanentemente.

Al aceptar alimentos o servicios de Bruno Pro-Bone-O-Pet Pantry, usted permite, si se le pide, el uso de su testimonio de cómo Bruno ha ayudado a su familia y sus mascotas.

Al aceptar comida o servicios de Bruno, todos los miembros de la familia, amigos y familiares acuerdan que Bruno Pro-Bone-O-Pet Pantry, NFP., sus empleados, y benefactores no son legalmente responsables si la mascota se enferma, si el alimento altera el estómago de la mascota, o si la mascota muere. Los destinatarios son conscientes de los riesgos que pueden ocurrir cuando se alimenta a sus mascotas de un nuevo alimento porque es poco probable que los alimentos que recibirán es la marca habitual de la mascota.

**Al firmar a continuación, indico que estoy de acuerdo con todos los requisitos descritos anteriormente.**

NOMBRE COMPLETO (letra de molde): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA

DEL ESTADO DE ILLINOIS

CONDADO DE KANE

El abajo firmante \_\_\_\_\_, siendo debidamente juramentado, (su  
nombre aparece arriba)

declara y dice::

### POR FAVOR, CIRCULE TODO LO QUE APLIQUE

1. Soy mayor de 18 años y residente del estado de Illinois;;
2. Tengo conocimiento personal de los hechos en este documento y si soy llamado como testigo. Podría atestiguar completamente al mismo;
3. No sufro discapacidades legales y tengo conocimiento personal de los hechos que se exponen a continuación;
4. Estoy desempleado y no tengo ingresos;
5. Estoy recibiendo beneficios de SNAP;
6. Estoy recibiendo ingresos de la Seguridad Social;;
7. Estoy recibiendo ingresos de SSDI;

Estoy empleado, sin embargo, mi ingreso está por debajo del nivel de pobreza establecido para el estado de Illinois.

Bajo las penas establecidas por la ley de Illinois, el suscrito certifica que las declaraciones establecidas en este instrumento son verdaderas y correctas.

Ejecutado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_