



Condiciones de la Asistencia Herdina

Estimado Aplicante,

Gracias por inquirir acerca del programa de asistencia para las personas de la tercera edad. Adjunto es su formulario de solicitud para los Fondos de Herdina.

Para poder agilizar su solicitud en La Sociedad Humanitaria del Valle de San Bernardino, por favor llene este formulario de inscripción legible, completamente y regrese a la clínica HSSBV. Asegúrese de incluir todos los documentos necesarios, proporcionar prueba de edad, ingresos, residencia y la tenencia de las mascotas. El HSSBV hará todo lo posible para procesar su solicitud y su aprobación. Sólo aquellas personas que cumplan con los requisitos serán elegibles para la asistencia.

REQUISITOS

1. **Personas Mayores de sesenta y seis años de edad (66).** (Copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación de CA.
2. **Residente de los Condados de Riverside o San Bernardino.** (Copia de factura de la luz, teléfono, agua o recibo del pago de la renta)
3. **Ingreso máximo de \$3,000.00 al mes para una persona.** (Estado de cuenta menos de 2 meses o documentos de declaración de impuestos más recientes)
4. **Servicio limitado a la atención de dos mascotas** (Proveer tenencia de la mascota o expedientes médicos)

La Asistencia de Herdina tiene un límite disponible para la ayuda financiera y no es como un recurso para la continuación del cuidado de una mascota. **La intención de la asistencia es ayudar a muchas personas mayores y sus mascotas dentro de cada período financiero (calendario por año).** Usted podría recibir asistencia para el pago completo o parcial de su petición. Se requiere proporcionar documentación adicional mientras que su solicitud está siendo considerada. El programa se limita a la atención de dos animales domésticos por cada aplicación. Una vez que su solicitud ha sido aprobada, debe obtener permiso antes de solicitar cualquier servicio veterinario para su mascota. Los fondos de Herdina serán pagados directamente al hospital veterinario donde obtenga el servicio, no el destinatario. Las personas mayores pueden seleccionar y utilizar cualquier hospital veterinario si es que el hospital seleccionado está dispuesto a brindar atención médica a la mascota y diferir el pago a la HSSBV. Si usted tiene alguna pregunta sobre este programa por favor póngase en contacto con nuestra oficina.

Respetuosamente,

The Humane Society of San Bernardino Valley

374 W. Orange Show Road

San Bernardino, CA 92408 (909) 386-1400



La Fundación Comunitaria Sirviendo los Condados de Riverside y de San Bernardino

Albert y Anna Herdina Fundación Memorial para los Animales

La Fundación Herdina fue establecida en 2002 por una generosa solicitud de Mary C. Herdina (1917-2001), un residente de Riverside de hace mucho tiempo y amante de los animales. El fondo puede ayudar a las personas indigentes mayores de sesenta y seis años de edad y con atención veterinaria para sus mascotas.

FORMULARIO DE SOLICITUD

Nombre del cliente: _____ # de Cuenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono: () _____ Edad del cliente: _____

Número de personas en el hogar: _____ Ingreso mensual actual: \$ _____

Cantidad que son capaces de contribuir para el costo del tratamiento: \$ _____

Fuentes de ingresos:

- ☐ SSI Seguro Social
- ☐ Pensión
- ☐ Empleo
- ☐ Otros: _____

El número total de animales en el hogar:

Perros _____
Gatos _____
Otros _____

Servicio limitado a la atención de dos mascotas. ¿Qué animal (es) necesitan atención veterinaria?

Nombre de mascota(s): 1: _____ 2: _____

Tipo mascota (perro, gato u otro): 1: _____ 2: _____

Edad de mascota(s): 1: _____ 2: _____

Raza(s): 1: _____ 2: _____

Sexo de mascota(s): 1: macho ☐ hembra ☐ 2: macho ☐ hembra ☐



La Fundación para la Comunidad Sirviendo los Condados de San Bernardino y Riverside

Tipo de Servicio Requerido

- ☐ Tratamiento Dental.....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Tratamiento Médico veterinario.....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Servicio de Emergencia.....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Examen de Laboratorio/ Pruebas para Diagnostico...: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Examen Anual /Vacunas.....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Procedimientos Médicos Usuales /medicamentos....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Servicio de Eutanasia.....: Presupuesto: \$ _____
- ☐ Contribución monetaria del Cliente.....: \$ _____

La información suministrada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que el financiamiento de Herdina es limitado y que tal vez no pueda recibir ayuda. Incluso si califico, si ya no hay más financiación para el año fiscal presente. Aprobación final queda a criterio de la Agencia de Admin. de los fondos de Herdina y la Fundación de la Comunidad, sirviendo Riverside y San Bernardino.

Firma

Fecha

.....

Solo para el uso de los Empleados / For Staff Use Only

Proof of Age:

- ☐ CA Driver's License
- ☐ Birth Certificate
- ☐ Other (specify): _____

Proof of Income:

- ☐ Bank statement (less than 2 months old)
- ☐ Federal Income Tax Form
- ☐ Other (specify): _____

Proof of Residency:

- ☐ Utility Bill
- ☐ Other (specify): _____

Proof of Pet Ownership:

- ☐ Dog License
- ☐ Past Medical Records
- ☐ Other (specify): _____

Completed by staff:

Name: _____ Title: _____