



**CITY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF ANIMAL SERVICES  
SOLICITUD PARA BENEFICIOS PARA PERSONAS DE  
BAJOS INGRESOS—AÑO FISCAL 2012-13**

Beneficios son disponibles solo para residentes de la Ciudad de Los Angeles que califican.



Por favor imprima cuidadosamente y envíe esta solicitud completa, incluyendo todos los documentos necesarios, a:

Department of Animal Services  
Attn: Low Income Verification and Processing  
P.O. Box 54856  
Los Angeles, CA 90054-0856

Debido a las reducciones de personal, la tramitación de su solicitud tardará más de un día.

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección (incluye numero de apartamento, si aplica) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

**Ingreso combinado de todos los miembros de su hogar no puede exceder la “muy bajos ingresos” limitacion establecida por United States Department of Housing and Urban Development (HUD).**

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
\$29,900	\$34,200	\$38,450	\$42,700	\$46,150	\$49,550	\$52,950	\$56,400

**Numero total de personas que viven en su hogar:** \_\_\_\_\_

**Residentes de la Ciudad de Los Angeles que son ancianos o discapacitados son elegibles para los siguientes beneficios:**

- Cupón Para Esterilización Gratis - para su propios animales caseros – no salvajes o callejeros.
- Licencia Gratis Para Perro (solo una para cada hogar, por año y perro tiene que estar esterilizado)
- Exención de Cuotas de Desempeño
- Exención de Cuotas de Embargo (cuotas para animales rendidos por el dueño)
- Exención de Cuotas de Esterilización con Adopción

**Residentes de la Ciudad de Los Angeles de bajos ingresos son elegibles para el siguiente beneficio:**

- Cupón Para Esterilización Gratis – para su propios animales caseros – no salvajes o callejeros.

Otros Miembros de su Hogar: \_\_\_\_\_ ¿Prueba de ingresos adjuntada a la solicitud? \_\_\_\_\_ Si no, por favor explique quien provee apoyo. \_\_\_\_\_

Sí  No

Nombre, Inicial, y Apellido \_\_\_\_\_

(Para incluir miembros de su hogar adicionales, favor de usar el espacio en la tercer pagina de esta solicitud.)

**Si usted pide cupón para esterilización gratis, complete lo siguiente-- falta de incluir toda esta información causará un retraso en la tramitación de su solicitud.**

**ESPECIE DE ANIMAL**

**SEXO DEL ANIMAL**

PERRO: \_\_\_\_\_ GATO: \_\_\_\_\_ MACHO: \_\_\_\_\_ HEMBRA: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MASCOTA: \_\_\_\_\_



CITY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF ANIMAL SERVICES  
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS PARA PERSONAS DE  
BAJOS INGRESOS—AÑO FISCAL 2012-13**

Beneficios son desponibles solo para residentes de la Ciudad de Los Angeles que califican.



***Por favor envíe una solicitud completa y indique en esta pagina cuales documentos adjuntará para prueba de elegibilidad. Una solicitud incompleta o falta de prueba de elegibilidad causará un retraso en la tramitación de su solicitud. \*\*Prueba de ingresos se necesita para el solicitante y cada miembro adulto de su hogar, y el ingreso combinado de todos los miembros de su hogar debe cumplir con la HUD “muy bajos ingresos” limitacion establecida para la Ciudad de Los Angeles para el Año Fiscal 2011-12.***

**Si usted es residente anciano de la Ciudad de Los Angeles, por favor envíe uno de cada los siguientes:**

1. Prueba de Edad (escoge uno):  
Licencia de Conducir de California;  
Tarjeta de Indentificación de California; o  
Otra prueba de edad aceptable.
2. Prueba de Ingresos para usted y cada uno de los miembros de su hogar para el año pasado (escoge uno):  
Formulario de Impuesto Sobre Ingreso Personal de California (Formulario 540)—Formas W-2 por sí solas no son aceptables;  
Estado de Cuenta de Beneficios de Seguro Social; o  
Carta de adjudicación de la cantidad de los beneficios de SSI, Alivio General, o Cal Works/AFDC.
3. Prueba de Residencia (escoge uno):  
Contrato de Alquiler;  
Cuenta de la Compañía de Teléfono de Llamadas Locales y de Larga Distancia; o cuenta de la Compañía de Gas del Sur de California.

**Si usted es residente discapacitado de la Ciudad de Los Angeles, envíe uno de cada los siguientes:**

1. Prueba de Discapacidad (escoge uno):  
Una certificación reciente, firmada por un médico con licencia, que acredite que usted es físicamente discapacitado y/o con discapacidad mental que se espera ser de duración larga y indefinida, por lo tanto, incapaz de sostener empleo.
2. Prueba de Ingresos para el solicitante y cada uno de los miembros adultos de su hogar para el año pasado (escoge uno):  
Formulario de Impuesto Sobre Ingreso Personal de California (Formulario 540)—Formas W-2 por sí solas no son aceptables;  
Estado de Cuenta de Beneficios de Seguro Social; o  
Carta de adjudicación de la cantidad de los beneficios de SSI, Alivio General, o Cal Works/AFDC.
3. Prueba de Residencia (escoge uno):  
Contrato de Alquiler;  
Cuenta de la Compañía de Teléfono de Llamadas Locales y de Larga Distancia; o cuenta de la Compañía de Gas del Sur de California.

**Si usted es residente de la Ciudad de Los Angeles de bajos ingresos, envíe uno de cada los siguientes:**

1. Prueba de Ingresos para el solicitante y cada uno de los miembros adultos de su hogar para el año pasado (escoge uno):  
Formulario de Impuesto Sobre Ingreso Personal de California (Formulario 540)—Formas W-2 por sí solas no son aceptables;  
Estado de Cuenta de Beneficios de Seguro Social; o  
Carta de adjudicación de la cantidad de los beneficios de SSI, Alivio General, o Cal Works/AFDC.
2. Prueba de Residencia (escoge uno):  
Contrato de Alquiler;  
Cuenta de la Compañía de Teléfono de Llamadas Locales y de Larga Distancia; o cuenta de la Compañía de Gas del Sur de California.



CITY OF LOS ANGELES  
 DEPARTMENT OF ANIMAL SERVICES  
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS PARA PERSONAS DE  
 BAJOS INGRESOS—AÑO FISCAL 2012-13**

Beneficios son desponibles solo para residentes de la Ciudad de Los Angeles que califican.



**Yo declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del Estado de California que lo siguiente es verdadero y correcto.**

Soy residente de la Ciudad de Los Angeles y califico para este programa como:

- a. Residente Anciano de 62 años o más; o
- b. Residente Discapacitado (un individuo será considerado discapacitado si no es capaz de participar en cualquier actividad lucrativa sustancial, por razón de cualquier incapacidad física o mental determinado por un médico, que se espera resultar en la muerte o de duración larga y indefinida); o
- c. Residente de Bajo Ingreso.

Yo entiendo que una solicitud incompleta o falta de prueba de elegibilidad causará un retraso en la tramitación de mi solicitud.

El total del ingreso bruto ajustado (así como es utilizado bajo la ley de California del Impuesto sobre el Ingreso Personal) de todos los miembros del hogar en cual yo vivo es **menos que el establecido “muy bajos ingresos” para el año pasado y todos los miembros de casa que viven en mi residencia están incluidos en esta solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*ALERTA DE SEGURIDAD\*\***

Si envía cualquier documento que incluye numero(s) de seguro social, por favor asegúrese que el/los numero(s) estan tachados completamente, ya que esta información no es necesaria para procesar su solicitud.

-----  
**Continuación de la Página N° 1**

Otros Miembros de su Hogar:	¿Prueba de ingresos adjuntada a la solicitud?	Si no, por favor explique quien provee apoyo.
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Nombre, Inicial, y Apellido		
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre, Inicial, y Apellido		
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre, Inicial, y Apellido		
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre, Inicial, y Apellido		

-----  
**FOR USE BY DEPARTMENT FIELD STAFF ONLY**

If you are in the field and are unable to retain the applicant's DWP billing statement, collect the completed application, verify their Lifeline or Low-Income DWP status and provide the following information:

Billing Name: \_\_\_\_\_ DWP Account # \_\_\_\_\_

Employee Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_