

# ACTion Programs for Animals (APA) Pet Food Bank Application



In order to help us identify and track our community's unique challenges and needs, please fill out this application completely. This information will be kept confidential by APA and will not be shared with any other group or agency. It will go into a database we'll use to create future programs/services. In exchange for the services we provide, it is mandatory to have an application on file with us.

**To verify your address/residency in our community, please show a current ID, a card from another assistance program, or a utility bill in your name. Also, show proof of your income or documentation of your need for the pet food bank's services.**

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Number/kind/size of pets in your family: \_\_\_\_\_

Are your pets spayed/neutered? \_\_\_\_\_ Current on rabies vaccination? \_\_\_\_\_

Yearly income: \_\_\_\_\_ # in household: \_\_\_\_\_ Unemployed (Y/N)? \_\_\_\_\_/How long? \_\_\_\_\_

Where in your home do your pets mostly reside? \_\_\_\_\_

Where did you hear about the APA Pet Food Bank?: \_\_\_\_\_

What other services, items, or assistance would help improve the quality of your and your pets' lives?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reason for needing this assistance (e.g., low-income, median income but struggling to make ends meet & why, unemployment, illness/medical expenses, disability, on other assistance programs, etc.):

\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Would you be willing to be contacted by APA or the media to give testimonials or information regarding our services? \_\_\_\_\_

**For APA Use Only: Volunteer Initial for verification of residency/income or other documentation \_\_\_\_\_**

**Amount of food given on application date: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

# ACTion Programs for Animals (APA)

## Banco de Comida Para Mascotas Aplicación



Para que podemos identificar y monitoriar las necesidades y retos especiales de nuestra comunidad, porfavor llene esta aplicación completamente. Esta información será confidencial por el APA y no se va a compartir con otra agencia o grupo. La información va a ir en un base de datos que vamos a usar para crear futuros programas y servicios. A cambio por nuestros servicios, es mandatorio tener una aplicación en nuestros archivos.

**Para verificar su dirección y residencia en nuestra comunidad, porfavor de enseñar una identificación residente, una targeta de otra programa de asistencia, o un recibo de utilidad en su nombre. Tambien necesitamos mirar pruebas de su engrosos o documentos que explícan porque necesita los servicios del banco de comida.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Numero/descripciones/tamaños de las mascotas en su familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estan esterilizados sus mascotas? \_\_\_\_\_ Tienen sus vacunas de rabia? \_\_\_\_\_

Ganancias al año: \_\_\_\_\_ # personas en su casa: \_\_\_\_\_ Desempleo (Y/N)? \_\_\_\_/Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Donde en su casa residen sus mascotas? \_\_\_\_\_

Donde se dio cuenta de nuestra banco de comida? \_\_\_\_\_

Cuales otros servicios o asistencia le ayudarian a mejorar la vida de usted y sus mascotas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Razones que necesita esta ayuda (e.g., bajo ingreso, ingreso mediano pero teniendo que batallar y el razon, desempleo, gastos medicos, discapacidad, en otras programas de asistencia, etc.):

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estaría despuesto de que APA o reporteros de los noticias le contacte para preguntar como le ayuda nuestras programas (a dar una testimonial)? \_\_\_\_\_

**For APA Use Only: Volunteer Initial for verification of residency/income or other documentation \_\_\_\_\_**

**Amount of food given on application date: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_