|  |
| --- |
| **카라동물병원 “길고양이 구내염 치료지원 시범사업”****신청서 및 약정서** ◎ ‘길고양이 구내염 치료 캠페인’은 길거리 생활을 하는 고양이들에게 노출될 수 있는 질병들 중 가장 많은 질병인 구내염 치료를 지원하기 위함입니다.  ◎ 위 캠페인의 사업기간은 2017년 1월 넷째주까지 입니다. (1주에 5마리씩, 4주 동안 총 20마리까지 치료를 목표로 삼고 있습니다.) ◎ 신청은 카라 대표메일(info@ekara.org)로만 가능합니다. \*전화 신청은 불가합니다.  신청기간은 **12/25(일)**까지며 선정 후 발표는 12월 마지막 주에 개별적으로 통보됩니다.  ◎ 치료대상 고양이 구조 시 포획틀(통덫)이 필요하신 경우 대여 가능합니다.   ◎ 구내염 치료와 동시에 중성화수술, 백신접종, 내외부기생충 치료 등이 함께 진행됩니다.  ◎ 치료대상으로 선정되기 위해 구조 전부터의 돌봄 이력이 필요하며, 퇴원(방사) 후에도  지속적인 관리 계획 및 **리턴보고서**를 반드시 제출해야 합니다. **\*리턴보고서를 제출하지 않을 시, 해당 길고양이의 구내염 치료 비용 전액을 지불해야 합니다.****[신청서 작성 시 반드시 아래 항목을 읽어주시기 바랍니다]**  \*아래의 사항을 반드시 읽어주시고 해당항목을 꼼꼼히 작성해주시기 바랍니다. \*신청서에 기재된 자료를 반드시 첨부해주셔야 심사가 가능하며, 심사에는 1~3주 정도 소요됩니다. \*핸드폰을 통해 안내가 가므로, 항상 확인하는 번호로 기재해주시길 바랍니다. |

|  |
| --- |
| **※신청자 약정사항※**1) 반드시 케어테이커의 책임 하에 입원과 퇴원이 이루어져야 합니다.  (대상고양이를 포획하여 카라동물병원 입원과 퇴원처리까지 모두 직접 진행해 주셔야 합니다.) 2) **‘구조자책임비‘**를 제외한 구내염 치료에 발생되는 모든 치료비는 카라동물병원에서 부담합니다. \*구조자책임비: 10만원 **(※발치 이전에 들어가는 처치 및 검사: 혈액검사, 치과방사선, 흉강·복강 방사선, 수액, 스케일링 등)**3) 입원 후 검사 결과(구내염 상태 등)는 케어테이커에게 전화 혹은 문자로 알려드립니다. 검사 결과에 따라 심각한 만성 질환이 있는 경우는 **구내염 치료가 불가능**할 수 있으며, 골절과 같은 정형외과 치료와 심장질환, 신장질환 등의 질환은 지원되지 않습니다. 4) 길고양이 구내염 치료지원 신청은 카라 대표메일(info@ekara.org)로만 접수가 가능하며, 전화 신청은 불가합니다.5) 신청서 접수 후 치료대상 선정은 12월 마지막 주에 기입하신 연락처로 전화드립니다. (선정되지 못할 경우에는 따로 연락을 하지 않습니다.)6) 치료가 완료된 고양이는 퇴원 예정일에 케어테이커가 직접 방사(퇴원)하신 후 3일 이내에 방사 후 **리턴보고서를 제출**해주셔야만 합니다. 7) 구내염 치료 후 방사가 아닌 실내보호를 하려는 경우에도 치료 지원이 가능 합니다. (단, 길고양이가 아닌 집에서 기르는 고양이는 해당 치료대상이 아닙니다.)8) 카라동물병원의 퇴원 일정을 어기거나 연락이 두절될 경우, 구조자의 책임 포기로 간주하여 카라에서 임의적으로 최초 포획장소에 방사하게 됩니다. (또한 카라동물병원에서 구내염 치료에 지원된 모든 치료비용이 청구됩니다.)9) 치료 완료 후 3일 이내에 인수하지 않거나, 방사 후 리턴보고서 미제출 등, 신청 시 약정한 사항을 지키지 않을 경우에는 지원된 치료비 전액을 신청인에게 청구하게 되며불법유기로 간주되어 법적인 조치에 들어 갈 수 있습니다. |

|  |
| --- |
| **1.구조자 정보 (미성년자의 경우 직접 신청할 수 없으며 보호자를 통한 신청만 가능합니다.)** |
| **이름** |  | **생년월일** |  | **성별** |  |
| **연락처** |  | **대체 연락처** |  |
| **주소** |  |
| **이메일** |  |
| **카라 회원 여부** |  |

**\*길고양이 구내염 치료 지원을 위한 개인정보 제공에 동의하십니까? 네 ( ) 아니오 ( )**

|  |
| --- |
| **2.구조자 본인 신분증 사진 파일 첨부 (주민등록번호 뒷자리는 가려서 올려주세요)** |
|  |

위와 같이 길고양이 구내염 치료 지원을 신청하며 약속한 사항을 성실히 지킬 것을 약정합니다 .

 년 월 일

 신청자 : (인)

|  |
| --- |
| **3.치료대상 구내염 고양이 정보** |
| **이름** |  | **추정 나이** |  | **추정 성별** |  |
| **체형** |  (1점: 마른 상태, 3점: 보통, 5점: 비만) |
| **증상** |  (ex: 침을 많이 흘린다, 딱딱한 건사료를 잘 못먹는다, 입가에 피가 묻어있다 등) |

|  |
| --- |
| **4.신청사연 및 구내염 치료를 위해 구조자가 했던 행동** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. 치료대상 고양이 사진 (현재 사진을 3장 이상 반드시 첨부해서 보내주세요.)** |
| 1. 정면 얼굴, 몸 전체가 다 나온 사진, 얼굴이 클로즈업 된 사진 (총 3장이상)2. 얼굴 사진은 앞면, 옆면 모두 첨부해주세요.3. 이미지 크기 가로 600px 이상인 jpg 파일이어야 합니다.4. 너무 흔들려서 식별이 안되는 사진은 불가능합니다. 이미지 파악이 가능한 사진을 보내주세요.5. 사진 미포함 시 치료대상 선정에서 제외됩니다. |