

**Senior Farmers’ Market Nutrition Program (SFMNP)**

**Acuerdo De Elegibilidad**

**Senior Farmers’ Market Nutrition Program (SFMNP) – Eligibility Agreement**

El completar este formulario es voluntario. Si no se completa, el solicitante no será elegible para recibir los beneficios del Senior Farmers’ Market Nutrition Program.

Nombre – Solicitante (Apellido, nombre, inicial) (escriba en letra de molde)	Información étnica (seleccione una) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino
--	---

Dirección postal (escriba en letra de molde)
--

Ciudad, estado, código postal (escriba en letra de molde)	Raza (seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático
---	---

Teléfono	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco
----------	--------------------------------	---

Idioma principal que habla, si no es inglés. \_\_\_\_\_

- Certifico que mi ingreso familiar es igual o inferior al 185 por ciento de la pauta federal de pobreza.
- He revisado la Tabla de elegibilidad de ingresos de SFMNP del presente año.
- Certifico que tengo 60 años de edad o más o que soy indígena norteamericano de 55 años de edad o más.
- Certifico que soy un residente del condado \_\_\_\_\_.
- Entiendo que los cupones del programa se utilizan para la compra de productos frescos cultivados localmente.
- He recibido instrucciones sobre cómo y dónde usar los cupones del programa, según corresponda.
- Comprendo que es ilegal inscribirme en este programa en más de una localidad.
- He designado a \_\_\_\_\_ como mi representante autorizado.

He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el SFMNP. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que entregué para mi determinación de elegibilidad es correcta. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de Asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente, o tergiversar, ocultar o no revelar información intencionalmente, puede resultar en tener que reembolsar en efectivo a la agencia estatal el valor de los beneficios alimentarios que me emitieron indebidamente, y posiblemente sea sometido a un proceso civil o penal en virtud de la ley estatal o federal. Las reglas de elegibilidad y participación en el SFMNP son las mismas para todos, independientemente de la raza, el color, el país de origen, el sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), la discapacidad, la edad o la actividad previa en materia de derechos civiles. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

<b>FIRMA</b> – Solicitante	Fecha de firma
----------------------------	----------------

<b>FIRMA</b> – Representante autorizado	Fecha de firma
---	----------------

<b>FIRMA</b> – Agencia SFMNP	Números de cheques control emitidos
------------------------------	-------------------------------------

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al 202-720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al 866-632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**¡Solo para quejas! No envíe solicitudes completas aquí.**

1. **correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. **fax:**  
833-256-1665 o 202-690-7442;
3. **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.