

**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)		Raza (seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco
Dirección postal, ciudad, estado, código postal (escriba en letra de molde)		
Teléfono	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa)	Información étnica (seleccione una) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino

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.

Grupo familiar	Ingreso mensual	Ingreso anual
1	\$1,968	\$23,606
2	2,658	31,894
3	3,349	40,182
4	4,040	48,470
5	4,730	56,758
6	5,421	65,046
7	6,112	73,334

Por cada miembro adicional del hogar,
 agregue \$691 mensuales, \$8,288 anualmente.

- 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 dentro del programa SFMNP. Certifico que la información que he suministrado para la determinación de mi elegibilidad es correcta y de buena fe. Este formulario de certificación forma parte de mi solicitud para solicitar asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que realizar declaraciones intencionalmente falsas o erróneas o distorsionar u ocultar intencionalmente información puede ser sancionado con el pago en efectivo a la agencia del estado el valor del beneficio alimentario otorgado incorrectamente y posiblemente con un proceso civil o criminal ante la ley estatal o federal. Las reglas de elegibilidad y participación en el SFMNP son iguales para todos, sin distinción de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

FIRMA – Solicitante	Fecha de firma
FIRMA – Representante autorizado	Fecha de firma
FIRMA – Agencia SFMNP	Números de cheques control emitidos