

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 Hawaii 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.
 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.

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.