

ESTADO DE PENNSILVANIA DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO AGRICULTORES PARS ADULTOS
MAYORES

Formulario de solicitud de 2022

Para calificar debe tener 60 años o más (o cumplir 60 antes del 12/31/2022) y cumplir los requisitos de ingresos de grupo familiar.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Certifico que la información que di abajo para que determinen mi elegibilidad es correcta según mi leal, saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la obtención de ayuda federal. Los oficiales del programa pueden verificar la información de este formulario. Entiendo que, si hago una declaración falsa o engañosa de manera intencional, o si represento erróneamente, oculto o retengo hechos de manera intencional, es posible que deba pagarle a la agencia del estado, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos que me dieron de manera incorrecta y que me acusen civil o penalmente según las leyes federales y del estado.

Las normas de elegibilidad y participación del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores (Senior Farmers Market Nutrition Program, SFMNP) son iguales para todos, sin importar la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad ni el sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión que tome la agencia local sobre mi elegibilidad para el SFMNP.

Firmando este documento, reconozco que los ingresos totales de mi grupo familiar cumplen las directrices de los ingresos: \$25,142 para un grupo familiar de 1 persona, o \$33,874 para un grupo familiar de 2 personas, que tengo 60 años o más (o que cumpliré 60 años antes del 31 de diciembre de 2022).

Nombre del 1.er participante (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento _____

Firma _____

Encierre en un círculo la descripción más adecuada del origen étnico y la raza del solicitante (Requerido):

Etnia: Hispano or Latino Ni Hispano o Ni Latino
--

Raza: 1. Indio americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro or afroamericano 4. Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico 5. Blanco
--

Dirección _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Número de teléfono: _____ Condado en el que vive _____

Nombre del 2.º participante (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento _____

Firma _____

Encierre en un círculo la descripción más adecuada del origen étnico y la raza del solicitante (Requerido):

Etnia: Hispano o Latino Ni Hispano o Ni Latino

Raza: 1. Indio americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro o afroamericano 4. Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico 5. Blanco

Si recibimos más respuestas de las que los fondos permiten, lo informaremos por correo.

Lleve esta solicitud a su centro local para personas mayores, o envíe por correo o correo electrónico su formulario completo

For office use only

Sig Pg.# _____ & Check # _____

antes del 15 de septiembre de 2022 a:

SFMNP Produce Vouchers, 642 N. Broad Street, Philadelphia, PA 19130, Telephone: 215-765-9040 Email: sfmnp@pcacares.org • www.pcacares.org

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (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:** (202) 690-7442; o
- (3) **email:** program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades