

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF
AGRICULTURE

펜실베이니아주 농무국

SENIOR FARMERS' MARKET NUTRITION PROGRAM

연장자 야채과일 파머스마켓 쿠폰 프로그램

2022 APPLICATION FORM 2002 년 신청서 양식

To qualify you must be 60 or older (or turn 60 by 12/31/2022) and meet the household income guidelines.

신청자격이 되기 위해서는 60 세 이상의 연령자 (또는 2022 년 12 월 31 일까지 60 세가 되는) 이어야 하며 연소득 수입 기준선에 해되어야 합니다.

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES 권리와 책임 소개

I certify that the information I have provided below for my eligibility determination is correct, to the best of my knowledge. 아래에 명시되는 본인의 자격요건을 결정하는 데 사용되는 정보 사항이 본인이 알고 있는 한 정확하다는 것을 인정합니다. This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. 연방정부의 도움을 받고 있는 것과 연관돼 이 인정 양식은 제출됩니다. Program officials may verify information on this form. 프로그램 관계자들이 이 양식에 대해 확인을 할 수도 있습니다. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law. 의도적으로 거짓 또는 오해를 살만한 말을 하거나 또는 의도적으로 다르게 말하거나, 숨기거나, 사실을 말하지 않았을 경우 본인에게 제공됐던 야채쿠폰 혜택 액수에 대해 본인은 주정부 기관에 현금으로 환불해야하며, 주정부와 연방정부의 법에 의거해 민사 또는 형사적 처벌을 받을 수 있다는 것을 이해합니다.

Standards for eligibility and participation in the SFMNP are the same for everyone, regardless of race, color, national origin, age, disability, or sex. 연장자 야채과일 파머스마켓 쿠폰 프로그램 수혜자격과 참여자격에 대한 기준은 모든 사람에게 동일하며, 인종, 피부 색깔, 출신 국가, 나이, 장애여부 또는 성별에 상관없이 적용됩니다.

I understand that I may appeal any decision made by the local agency regarding my eligibility for the SFMNP.

본인은 연장자 야채과일 파머스마켓 쿠폰 프로그램에 대한 본인의 자격요건과 관련해 지역 관계 부서에서 내린 결정에 대해 항소할 수 있다는 것을 이해합니다.

By signing this, I acknowledge that my total household income is within the Income guidelines:

하단에 서명함으로써 본인의 총 수입이 이 프로그램이 지정한 범위 내에 있다는 것을 확인합니다.

\$25,142 for 1 person in the household; or \$33,874 for 2 people in the household and that I am 60 years old or older (or will turn 60 by December 31, 2022). 한 가구당 한 명의 수입은 연간

2 만 5 천 142 달러; 또는 2 명인 경우 합산 수입이 연간 3 만 3 천 874 달러 이하이며, 본인은 60 세 이상의 연령자 (또는 2022 년 12 월 31 일까지 60 세가 되는 연령자)인 것을 확인합니다.

Print 1st Applicant Name _____ Birth Date _____

철자로 쓰세요. 첫 번째 신청자 이름 _____ 생년 월일 _____

1st Applicant Signature _____ 첫 번째 신청자 싸인

Please circle the most appropriate description of applicant's ethnicity AND race (REQUIRED)

Ethnicity: 민족

가장 적합한 곳에 동그라미
하세요(의무 사항)

히스패닉 또는 라티노

비-히스패닉 또는 라티노

Race: 인종 가장 적합한 곳에 동그라미 하세요(의무 사항)

1. American Indian or Alaskan Native(아메리칸 인디안 혹은 알래스칸 원주민)
2. Asian (아시안)
3. Black or African American (흑인 또는 아프리카인 아메리칸)
4. Native Hawaiian or Other Pacific Islander (하와이 원주민 또는 태평양 원주민)
5. White (백인)

Address (print) _____ City _____ State _____ Zip _____

Telephone Number _____ County you live _____

집주소 _____ 시정부 _____ 주정부 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____ 살고 있는 카운티 이름 _____

Print 2nd Applicant Name _____ Birth Date _____

두 번째 신청자 이름 _____ 생년 월일 _____

2nd Applicant Signature _____ 두 번째 신청자 싸인

Please circle the most appropriate description of applicant's ethnicity AND race (REQUIRED): 가장 적합하다고 생각되는 곳에 동그라미 치세요. 두 곳에 모두다 동그라미 하세요. (의무 사항입니다).

Ethnicity: 민족

가장 적합한 곳에 동그라미 하세요(의무 사항)

Hispanic or Latino (히스패닉 또는 라티노)

Non Hispanic or Latino (비-히스패닉

또는 라티노)

Race: 인종 가장 적합한 곳에 동그라미 하세요(의무 사항)

1. American Indian or Alaskan Native(아메리칸 인디안 혹은 알래스칸 원주민)
2. Asian (아시안)
3. Black or African American (흑인 또는 아프리카인 아메리칸)
4. Native Hawaiian or Other Pacific Islander (하와이 원주민 또는 태평양 원주민)
5. White (백인)

If more responses are received than funding allows, you will be notified by mail. 만약 귀하가 허용된 신청서보다 더 많은 신청서를 우리가 받게되면 귀하는 우편을 통해 통보를 받게 됩니다.

Please take to your local participating senior center, or mail or email your completed form before September 15, 2022 to: 그걸 경우 귀하 인근의 로칼 시니어 센터로 가거나 또는 우편이나 이메일을 통해 작성된 신청서를 9 월 15 일 전까지 보내세요:

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

필라델피아노인국 (Philadelphia Corporation for Aging)으로 보낼 경우 우편주소는 642 N. Broad Street, Philadelphia, PA 19130. 전화번호는 215-765-9040. 이메일로 보낼 경우는 sfmnp@pcacares.org. 필라노인국 웹사이트에서 온라인 신청양식을 다운로드 받을 수 있습니다. www.pcacares.org

Please see back for USD Nondiscrimination Statement

하단에 있는 연방정부 농무부의 차별금지 성명서를 보세요

USDA Nondiscrimination Statement 연방 농무부의 차별금지 성명서

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. 연방 민법과 연방 농무성의 민간 권리 법률과 정책에 의거해 산하 기관, 사무실, 직원, 기관 또는 연방 농무성의 프로그램을 관장하는 곳에서 인종, 피부색깔, 출신 국가, 성별, 장애 여부, 나이 혹은 연방 농무성이 시행하거나 기금을 지원한 프로그램이 활동에 대해 시민권리를 주장하는 반대활동을 과거에 펼친 적이 있다는 이유로 보복하는 행위를 금지합니다.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. 장애가 있어서 이 프로그램에 대한 정보를 알기 위해 대체 수단이 필요한 사람들은 (예를 들어 점자책자, 큰 글씨, 오디오 테이프, 싸인 랭귀지 등) 자신들이 베틀핏 혜택을 받고 있는 (주정부나 지방정부에서 운영하는) 기관에 연락해서 도움을 청하세요. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800)877-8339. 귀가 들리지 않거나, 청각 장애인이거나, 말하는 데 장애가 있는 사람들은 연방 지원 서비스국에 (800)877-8339 에 전화해서 연방 농무부에 연락하세요. Additionally, program information may be made available in languages other than English. 추가적으로, 프로그램 정보는 영어가 아닌 다른 나라 언어로도 제공되고 있습니다.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: 이 프로그램 관련 차별행위를 당해 불만을 접수하고 싶은 경우 온라인을 통해 연방 농무부의 프로그램 차별 불만 양식 (AD-3027)을 작성해서 보내세요: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter

For office use only

Sig Pg.# _____ & Check # _____

addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form.

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 온라인 접수시 이 웹사이트로 들어가세요, 그리고 연방 농무부의 각 사무실에 가시면되고, 또는 편지를 쓰기를 원하시면 주소를 연방 농무부인 USDA 로 해서 정해진 양식에서 물어보는 모든 정보를 편지로 써서 보내면 됩니다. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. 불만 양식 복사본을 요청할 경우, (866)632-9992 로 전화하세요. Submit your completed form or letter to USDA by: 작성된 양식을 이메일로 보내거나, 팩스로 보내거나 또는 연방 농무부 USDA 로 보낼 경우는 아래의 주소를 사용하세요.

- (1) **mail (우편 주소):** U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) **fax (팩스 번호):** (202) 690-7442; or
- (3) **email (이메일):** program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider. 이 기관은 공평한 기회를 제공하고 있습니다.