

2025 年资格及代理表格

权利和责任

我已知晓我在 SFMNP（Senior Farmers Market Nutrition Program，老年人农贸市场营养计划）下的权利和义务。我证明，据我所知，我提供的用于确定我是否符合资格的信息正确无误。提交此证明表旨在获取联邦援助。计划官员可能会核实此表格上的信息。我理解，故意作出虚假或误导性陈述或故意歪曲、隐藏或隐瞒事实可能会导致我需要以现金形式向州政府机构支付以不当方式发放给我的食品福利的价值，并可能使我根据州和联邦法律规定面临民事或刑事诉讼。

无论种族、肤色、国籍、年龄、残疾状况或性别如何，所有人的 SFMNP 资格和参与标准都是相同的。

我理解，我可以对当地机构针对我的 SFMNP 参与资格作出的任何决定提出上诉。

参与者姓名（印刷体）：_____ 日期 _____
(支票受益人)

地址：_____

电话号码：_____ 生日 _____
(月/日/年)

请勾选每项最合适的标识符的方框：

族裔：
☐ 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔
☐ 美国印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 亚裔 ☐ 黑人或非裔美国人
☐ 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 ☐ 白人

签署此代理，即表明我确认我的家庭总收入符合收入指南：如果家庭中有 1 个人，则为 **28,953 美元**；如果家庭中有 2 个人，则为 **39,128 美元**，且我已年满 60 岁。

参与者签名 _____ (支票受益人)

代理人姓名（印刷体）：_____ 日期： _____
(为参与者领取支票的人员)

地址：_____

电话号码：_____

代理人签名 _____

收到的支票号码：_____

****代理人必须将此表格带到参与者居住县的分发点。请勿邮寄**

**USDA (United States Department of
Agriculture, 美国农业部) 非歧视声明**

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权条例和政策，在 USDA 实施或资助的任何计划或活动中，USDA、其下属机构、办公室和雇员以及参与或管理 USDA 计划的机构不得基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰或对先前民权活动的打击报复行为而进行歧视（并非所有依据都适用于所有计划）。补救措施和提出投诉截止日期因计划或事件而异。

需要通过其他通信方式获取计划信息的残障人士（例如盲文、大字印刷本、录音带、美国手语等）应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心，电话为 (202) 720-2600（语音和 TTY），或致电 (800) 877-8339 通过联邦中继服务联系 USDA。此外，计划信息可能会用英语以外的其他语言提供。

要提出计划歧视投诉，请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027（可在线获取，网址为 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>）或前往任何 USDA 办公室，或者致函给 USDA，并在信函中提供表格中要求的所有信息。如需索取投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。通过以下方式向 USDA 提交填妥的表格或信函：

- (1) 邮件：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410；或
- (2) 传真：(202) 690-7442；或
- (3) 电子邮件： program.intake@usda.gov.

该机构提供平等的机会。