**ESTADO DE PENSILVANIA**

**DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA**

**PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE AGRICULTORES PARA 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 las directrices sobre los ingresos del 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.

**Al firmar esto, reconozco que el ingreso total de mi hogar está dentro de las pautas de ingresos:**

**1 persona: $25,142, 2 personas $33,874, 3 personas: $42,606, 4 personas: $51,338, 5 personas: $60,070 6 personas: $68,802**

**y que tengo 60 años o más (o cumpliré 60 años antes del 31 de diciembre de 2022).**

**Nombre del 1.er participante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Beneficiario de los cheques) IMPRIMIR NOMBRE COMPLETO FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma)

**Nombre del 2.º participante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Beneficiario de los cheques) IMPRIMIR NOMBRE COMPLETO FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)

**Dirección postal completa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por favor imprimir

**Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Condado en el que vive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Encierre en un círculo el identificador adecuado en cada caso: |

**Etnia:** Hispano o latino Ni hispano ni latino

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Raza:** | Indio americano o nativo de Alaska | Asiático | Negro o afroamericano |
|  | Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico | Blanco |  |

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

**Envíe por correo postal o correo electrónico el formulario completo antes del 30 de septiembre del 2022 a:**

**Northampton County Area Agency on Aging**

**2801 Emrick Blvd., Bethlehem, PA 18020**

**FMNP@NorthamptonCounty.org**

**USDA Nondiscrimination Statement**

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.

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. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) found online at: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: 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; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.