For office use only
Application _____

ESTADO DE PENSILVANIA
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE AGRICULTORES PARA ADULTOS MAYORES

Formulario de solicitud de 2021

Para calificar debe tener 60 años o más (o cumplir 60 antes del 12/31/2021) 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.

Firmando este documento, reconozco que los ingresos totales de mi grupo familiar cumplen las directrices de los ingresos: $23,828 para un grupo familiar de 1 persona, o $32,227 para un grupo familiar de 2 personas, y que tengo 60 años o más (o que cumpliré 60 años antes del 31 de diciembre de 2021).

Nombre del 1.er participante (en letra de molde): _____ **Fecha de nacimiento** _____
(Beneficiario de los cheques)

_____
(Firma)

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

_____
(Firma)

Dirección (en letra de molde): _____

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 <u>correo postal</u> o <u>correo electrónico</u> el formulario completo antes del 30 de septiembre del 2021 a:

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.