

Para uso de la Oficina únicamente
Solicitud _____

ESTADO DE PENNSYLVANIA
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE MERCADOS DE AGRICULTORES DE PENNSYLVANIA PARA ADULTOS MAYORES (SFMNP)

FORMULARIO DE SOLICITUD 2024

Para calificar, debe ser mayor de 60 años (o cumplir 60 años antes del 31/12/2024) y cumplir con las pautas de ingresos del grupo familiar.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios emitidos indebidamente para mí y puede hacerme pasible de una acción civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal. Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son iguales para todas las personas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP. Al firmar este formulario, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar está dentro de las pautas de ingresos: **\$27,861** para 1 persona en el grupo familiar; o **\$37,814** para 2 personas en el grupo familiar y soy mayor de 60 años (o cumpliré 60 años antes del 31/12/2024).

Nombre del 1º Participante (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

(Firma)

Nombre del 2º Participante (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

(Firma)

Dirección (en letra de imprenta):

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: _____ Condado de residencia: _____

He visto o veré el video "My Plate for Older Adults" (MyPlate para adultos mayores) antes de canjear mis cupones del SFMNP.

Marque el identificador más apropiado para cada uno:

Etnia: Hispano o latino Ni hispano ni latino

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico Blanco

Rango de cheques: _____ (Para uso de la Oficina únicamente)

Lea la Declaración de No Discriminación del USDA al dorso.

ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO POSTAL A LA OFICINA DE SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES DEL CONDADO

Declaración de No Discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o retaliación por actividad de derechos civiles previa.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el/la Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben presentarse al USDA por:

1. **Correo postal:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.