

Programa Nutricional del Mercado Agrícola para Personas Mayores
Solicitud del Participante

Nombre del Solicitante APELLIDO NOMBRE INICIAL DE NOMBRE MEDIO					Nombre del sitio
Dirección	Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento
					Teléfono
Número total de los miembros del hogar _____					
Ingreso bruto total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					
Nota: SNAP (Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria) no cuenta como ingreso.					
¿Actualmente, recibe algún miembro de su hogar beneficios en otro sitio del Programa Nutricional del Mercado Agrícola para Mayores (SFMNP)? Por favor, anote el sitio del servicio:					
Raza: <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino					

Certificación: Esta forma de certificación se está llenando en relación con el recibo de asistencia federal. Los funcionarios del programa podrán verificar la información de esta forma. Yo estoy consciente de que la falsificación de datos me puede someter a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables. Se me ha notificado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa, incluso el derecho a apelar cualquier decisión de la agencia local en la que se niegue o termine mi participación en el Programa. Yo entiendo que la agencia local me proporcionará educación nutricional y se me invita a participar. Yo certifico que la información que yo he presentado respecto a la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi mejor conocimiento.

Se me ha notificado por escrito que yo soy elegible para participar en el Programa Nutricional del Mercado Agrícola para Personas Mayores y tengo derecho a una audiencia imparcial. Yo soy elegible para participar basado en los siguientes criterios:
 Ingreso **Edad** **Residencia (en el área del servicio)**

Firma del Solicitante	Fecha	Nombre del representante (si es aplicable) (por favor use letra de molde)
-----------------------	-------	--

No Discriminación: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: 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; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

TO BE COMPLETED BY PROGRAM STAFF

<p>ELIGIBILITY:</p> <p>Income self-declared <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Income verification (if offered)</p> <p><input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Pay Stub <input type="checkbox"/> Income Tax Return <input type="checkbox"/> Bank Statement</p> <p>Age <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Residency in service area <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>DETERMINATION:</p> <p><input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Eligible – Waiting List <input type="checkbox"/> Not Eligible</p> <p>Date the Notice of Ineligibility and Fair Hearing Rights were given: _____</p>	<p>Determination Date: _____</p> <p>Date of Initial Visit: _____</p> <p>Certification Period: _____ - _____</p> <p>_____ Signature of individual making determination</p> <p>_____ Title of individual making determination</p>
--	--	---