

Senior Farmers' Market Nutrition Program Participant Application

SECTION 1 – APPLICANT INFORMATION

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.						
Alguno de los miembros de su hogar recibe actualmente beneficios de SFMNP de otro sitio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, pon el nombre del sitio:						
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano Ni Latino Raza: Los solicitantes de múltiples categorías raciales pueden clasificarse en más de un grupo racial. Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> blanco						

SECTION 2 – NONDISCRIMINATION STATEMENT

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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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.

SECTION 3 – CERTIFICATION

He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el SFMNP, incluyendo el derecho de apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi denegación o terminación del SFMNP. 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 está completando y presentando en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del SFMNP pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que intencionalmente hacer una declaración falsa o engañosa o malpresentar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede resultar en pagar al Departamento de Agricultura de Texas en efectivo, el valor de los beneficios alimenticios que se me han emitido indebidamente y pueden me someten a un proceso civil o penal bajo la ley estatal y federal aplicable. Entiendo que la agencia local pondrá la educación nutricional a mi disposición y me animamos a participar. Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todos, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Se me ha informado de que soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores.

Se me ha informado de que soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores, pero estoy en la lista de espera.

Se me ha informado por escrito que no soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores y que tengo derecho a una audiencia justa.

No soy elegible para participar en base a los siguientes criterios:

Ingreso **Edad** **Residencia (en el area del servicio).**

Si usted fue encontrado inelegible para participar, usted tiene derecho a una apelación. Para apelar, debe comunicarse con:

Nombre del Sitio	Dirección del sitio	Número de teléfono del sitio

Firma del solicitante	Fecha	Nombre del represante (Si corresponde) (por favor escríbelo)

SECTION 4

TO BE COMPLETED BY SFMNP STAFF

Determination Date: _____ Date of Applicant's Initial Visit: _____ _____ Signature of Eligibility Specialist _____ Name of Eligibility Specialist (Print)	Date the <i>Applicant Agreement, Rights, Obligations and Fair Hearing Request</i> , were provided (page 3 of this form): _____
---	---

Acuerdo del Solicitante, Derechos, Obligaciones, y Solicitud de Audiencia Imparcial

1. Yo certifico que la información que yo he presentado respecto a la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi mejor conocimiento. Los funcionarios del programa podrán verificar la información de esta forma.
2. Los beneficios del programa se ofrecen con relación al recibo de asistencia federal. Yo entiendo que una falsificación intencional me puede someter a enjuiciamiento civil o criminal bajo la ley estatal o federal.
3. Yo tengo derecho de apelar cualquier decisión de la agencia local respecto a mi elegibilidad en el Programa. Se puede presentar una solicitud de audiencia imparcial ante la organización.
4. Yo recibiré educación nutricional y seré invitado a participar en este servicio.
5. Yo entiendo que no podré participar en este Programa en otra área de servicio mientras estoy recibiendo cupones en este sitio.
6. Yo entiendo que puedo asignar a un representante autorizado para que cobre mis cupones en el mercado agrícola.
7. Yo entiendo que los alimentos ofrecidos por este programa están destinados a los participantes que tienen derecho de recibirlos.
8. Yo doy consentimiento para que se divulgue información al personal de SFMNP, a los funcionarios del USDA, del Departamento de Agricultura de Texas, y a la organización de alimentos contratada.
9. Yo he sido notificado acerca de mis derechos y obligaciones bajo este programa.