SENIOR FARMERS MARKET NUTRITION PROGRAM (SFMNP)
2013 Statement of Eligibility

I. I am:

- **60 years of age or older; AND**
- **My monthly income is at or below**
  $1,772/month for a one-person household,
  $2,392/month for a two-person household,
  $3,011/month for a three-person household;
  OR
- **Currently receiving or eligible to receive SSI, public assistance, or Section 8 housing subsidy;**

II. Also, I have not received Farmers Market checks from any other location.

I have been advised of my rights and obligations under the SFMNP. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct, to the best of my knowledge. This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal Law.

Standards for eligibility and participation in the SFMNP are the same for everyone, regardless of race, color, national origin, age, disability, or sex.

I understand that I may appeal any decision made by the local agency regarding my eligibility for the SFMNP.

III. Please complete the following chart. These answers are optional but, if not completed, the interviewer may have to record them by observation. This information will not affect your eligibility.

Hispanic or Latino?		**Enter Y (Yes) or N (No) for each race***				
Yes	**No**	**N**	**A**	**B**	**P**	**W**

*Race/Ethnic codes: **N** – Native American or Alaskan Native, **A** – Asian, **B** – Black or African American, **P** – Native Hawaiian or Pacific Islander, **W** – White

Signature **Date**

PROGRAMA DE CUPONES DE MERCADO DE AGRICULTORES
Declaración de Elegibilidad Para el año 2013

I. Certifico que yo:

- **Tengo 60 años de edad o mayor; y**
- **Mis ingresos mensuales están en o debajo**
  $1,772/ mes para una casa de una persona,
  $2,392/ mes para una casa de dos-personas,
  $3,011/ mes para una casa de tres-personas
  o
- **Actualmente recibo, o soy elegible para recibir, Seguro Social (SSI), asistencia publica, o domicilio de subsidio de la sección 8(sección 8);**

II. No he recibido cupones de Mercado de agricultores de ningún otro programa.

He sido advertido sobre mis derechos y obligaciones bajo PROGRAMA DE CUPONES DE MERCADO DE AGRICULTORES. Certifico que la información que he proveído para la determinación de mi elegibilidad es correcta, según mi conocimiento. Este formulario de certificación está siendo remitido en conexión con el recibo de asistencia Federal. Oficiales del programa pueden verificar información en este formulario. Entiendo que hacer falsas o engañosas declaraciones intencionalmente, o representar falsamente o encubrir hechos intencionalmente puede resultar en pagarle a la agencia de Estado, en efectivo, el valor de los beneficios alimenticios que fueron impropiamente entregados a mí y puedo ser sometido a prosecución civil o criminal bajo la ley del Estado y Federal.

Estándares para elegibilidad y participación en el PROGRAMA DE CUPONES DE MERCADO DE AGRICULTORES son los mismos para todos, sin importar la raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión hecha por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el PROGRAMA DE CUPONES DE MERCADO DE AGRICULTORES.

III. Por favor completa la forma siguiente. Esta información es voluntaria de su parte; sin embargo, si no las contesta, el entrevistador las contestará basándose en las observaciones que él/ella haga. Sus respuestas no afectarán su habilitación para recibir beneficios.

Hispano o Latino?		**Indique S (SI) o N (No) para cada código de raza***				
Si	**No**	**N**	**A**	**B**	**P**	**W**

***Códigos de Raza/Etnia:** **N-** Indígena Norte Americano o Nativo de Alaska, **A-** Asiático, **B-** Negro o Afro-Americano, **P-** Nativo de Hawai o Islas del Pacifico, **W-** Blanco

_____ _____

Firma **Fecha**