Attachment A

PROGRAMA DE CUPONES DE MERCADO DE AGRICULTORES

Declaración de Elegibilidad Para el año 2014

I. Certifico que yo:

- **Tengo 60 años de edad o mayor; y**
- **Mis ingresos mensuales están en o debajo**
  $1,800/ mes para una casa de una persona,
  $2,426/ mes para una casa de dos-personas,
  $3,051/ 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; 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**