

자격 확인서

다음 표를 작성해 주시기 바랍니다. 본 표에 제공하는 답변은 선택 사항이며, SFMNP 자격에 영향을 주지 않습니다. SFMNP 자격 및 참여 기준은 인종, 국적, 연령, 장애 또는 성별과 무관하게 모두에게 동일합니다.

민족성 (네 또는 아니오 선택) 히스패닉계 또는 라틴계?		인종 (하나 이상 선택)				
예	아니요	아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	아시아계	흑인 또는 아프리카계 미국인	하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민	백인

본인은 다음과 같이 보증합니다:

- I. 본인은:
 - a. 60세 이상; 및
 - b. 월 가계 소득은 SFMNP 정책 메모 #2022-1에 설명된 연방 소득 가이드라인 이하입니다.
 - i. \$2,096/월 (1인 가구); 또는
 - ii. \$2,823/월 (2인 가구); 또는
 - iii. \$3,551/월 (3인 가구).
- II. 본인은 올해 다른 곳에서 SFMNP 수표를 받지 않았습니다.
- III. 본인은 SFMNP에 따른 권한 및 의무에 대한 사실을 전달 받았습니. 본인의 SFMNP 자격과 관련하여 지역 기관이 내린 결정에 대한 이의 제기를 할 수 있다는 점을 이해했습니다.
- IV. 자격 결정을 위해 제공한 정보는 본인이 아는 한 모두 정확합니다. 이 인증서는 연방 지원 증서와 함께 제출되었습니다. 프로그램 관계자가 이 양식의 정보를 확인할 수 있습니다. 본인은 거짓 또는 오해를 불러 일으킬 수 있는 정보를 제공하거나 의도적으로 정보를 잘못 전달하거나 숨기고, 또는 사실을 제공하지 않을 경우 부정하게 본인에게 제공된 식품 혜택의 가치에 해당하는 현금 보상을 주 기관에 지불해야 하고, 주와 연방법에 따라 민사 소송에 해당될 수 있다는 점을 이해했습니다.

서명 (참가자)

일자
******Internal Use Only******

Booklet Serial Number: _____ Program/Agency Name: _____ Site ID: _____

Program/Agency Representative's Name (Issuer): _____

불만 제기 절차: 인권 침해

연방 인권 법안 및 미국 농무부 (USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, USDA 및 USDA 프로그램에 참여하거나 집행하는 모든 기관, 사무소, 직원 및 협회는 USDA에서 실시 또는 지원하는 어떤 프로그램 또는 활동에 대해 인종, 피부색, 국적, 성별, 장애 및 연령에 따라 차별이 금지되며, 과거 인권 활동과 관련하여 보복 행위가 금지됩니다.

프로그램 정보를 위해 다른 대체 통신 수단이 필요한 장애인(점자, 큰 활자, 녹음 테이프, 미식 수화 등) 혜택 신청 시 기관(주 또는 지역)에 연락주시기 바랍니다. 청각 장애인, 난청인 또는 언어 장애가 있는 신청자는 (800) 877-8339에 연락해 연방 중계 서비스를 통해 USDA에 연락할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보는 영어 외 다른 언어로도 제공됩니다.

차별에 의한 불만을 제기하기 위해서는 [USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식](#) (Ad-3027)을 작성해 주시기 바라며, 양식은 다음 홈페이지: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 또는 모든 USDA 사무소에서 얻을 수 있으며, 또는 USDA에 서신을 보낼 때 양식에 필요한 모든 정보를 기재하여 보낼 수 있습니다. 불만 제기 양식 사본을 요청할 경우, (866) 632-9992로 연락주시기 바랍니다. 다음을 통해 작성한 양식 또는 서신을 USDA에 제출할 수 있습니다:

- (1) 우편: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 팩스: (202) 690-7442; 또는
- (3) 이메일: program.intake@usda.gov.

본 기관은 동등한 기회를 제공합니다.