NEW YORK STATE | Department of Agriculture and Markets

برنامج التغذية لسوق كبار مزارعي ولاية نيويورك
تعيين الوكيل عن المشارك

موافقة المشارك:

أنا، (اسم المشارك مطبوع) _____

أمنح الإذن لـ (اسم الوكيل) _____ من أجل غرض صريح وهو الحصول على كتيب قسيمة برنامج التغذية لسوق كبار المزارعين لعام (SFMNP والذي قدمت من أجله تصديقًا على أهليتي لموظفي الوكالة.

توقيع المشارك:_____ التاريخ: _____

موافقة الوكيل:

من خلال التوقيع كوكيل، فأنا أقبل مسؤولية تلقي المساعدة الفيدرالية نيابة عن المشارك المذكور أعلاه، وسأعيد إليه على الفور كتيب قسيمة SFMNP. أتفهم أن عدم التنازل عن القسائم للمشارك المذكور أعلاه سيعتبر عملاً احتياليًا. أفهم أن الإدلاء ببيان كاذب، أو مضلل عمدًا أو تحريف الحقائق، أو إخفائها أو حجبها عن قصد قد يؤدي إلى مطالبتي بالدفع النقدي للوكالة الحكومية مقابل قيمة المزايا الغذائية التي حصلت عليها عن غير استحقاق وقد يُعرضني ذلك للملاحقة المدنية أو الجنائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

اسم الوكيل (مطبوع): _____

توقيع الوكيل: _____التاريخ: _____

تعيين الوكيل هذا صالح حتى يتم إبطاله من قِبل المشارك أو بحلول 30 سبتمبر 2025.