NEW YORK STATE | Department of Agriculture and Markets

NEW YORK 州高級農貿市場營養計劃
參與者代理人指定

參會者協議：

我，（參與者正楷體姓名）_____

明確指明，允許（代理人姓名）_____代為領取本人的「年高級農貿市場營養計劃」（SFMNP）代金券簿；我已向機構工作人員提交過參與此計劃的資格證明。

參與者簽名：_____ 日期：_____

代理人協議：

作為代理人簽署此協議即表明，我代表上述參與者接受領取聯邦援助的任務，我會立即將 SFMNP 代金券簿交還給他們。我知道，未能將代金券簿交給上述參與者將被視為欺詐。我知道，故意做出虛假性或誤導性陳述，或者故意歪曲、隱藏或隱瞞事實可能導致本人向州立機構支付不當發放的食品福利等價現金，並可能根據州和聯邦法律受到民事或刑事起訴。

代理人姓名（正楷體）：_____

代理人簽名：_____日期：_____

本代理人指定在參與者撤銷指定或者 2025 年 9 月 30 日之前有效。