NEW YORK STATE | Department of Agriculture and Markets

Programme de nutrition du marché des fermiers pour les personnes du troisième âge de l'État de New York
Accord de procuration de Participant

Accord de participant :

Je, (nom du participant en caractères d'imprimerie)_____

Donne ma permission à (nom du mandataire) _____ dans le but explicite de récupérer mon livret de coupons du programme de nutrition du marché des agriculteurs seniors (SFMNP), pour lequel j'ai fourni l'attestation de mon admissibilité au personnel de l'agence.

Signature du participant:_____ Date: _____

Accord de procuration

En signant en tant que mandataire, j'accepte la responsabilité de recevoir l'aide fédérale au nom du participant nommé ci-dessus, et je lui retournerai immédiatement le livret de coupons SFMNP. Je comprends que le défaut de remettre les coupons au participant nommé ci-dessus sera considéré comme un acte frauduleux. Je comprends que le fait de faire intentionnellement une déclaration fausse ou trompeuse ou de déformer, dissimuler ou retenir intentionnellement des faits peut entraîner le paiement à l'agence d'État, en espèces, de la valeur des prestations alimentaires qui m'ont été indûment délivrées et peut m'exposer à des poursuites civiles ou pénales en vertu des Lois de l'État et des Lois Fédérales.

Nom du mandataire (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du mandataire : _____Date: _____

Cette procuration est valide jusqu'à sa révocation par le participant ou jusqu'au 30 septembre 2025.