NEW YORK STATE | Department of Agriculture and Markets

Programma nutrizionale dei mercati agricoli dello stato di New York
Delega conferita dal partecipante

Accordo del partecipante:

Io, (nome e cognome del partecipante in stampatello) _____

Autorizzo (nome del delegato) _____ al fine esplicito di ritirare il mio libretto di buoni per il programma di nutrizione dei mercati alimentari per gli anziani (SFMNP), per il quale ho presentato l'attestazione di idoneità al personale dell'agenzia.

Firma del partecipante:_____ Data: _____

Accordo per delega:

Firmando come delegato, mi assumo la responsabilità per la ricezione dell'assistenza federale per conto del partecipante sopra indicato e gli restituirò immediatamente il libretto di buoni del programma SFMNP. Sono consapevole che la mancata cessione dei buoni al partecipante sopra indicato sarà considerata un atto fraudolento. Sono consapevole che rilasciare intenzionalmente una dichiarazione falsa o fuorviante o travisare, nascondere o omettere intenzionalmente dei fatti può comportare il rimborso all'agenzia statale, in contanti, del valore delle prestazioni alimentari impropriamente erogate e può espormi a procedimenti civili o penali ai sensi delle leggi statali e federali.

Nome del delegato (in stampatello): _____

Firma del delegato: _____Data: _____

La presente delega è valida fino alla revoca da parte del partecipante o entro il 30 settembre 2025.