NEW YORK STATE | Department of Agriculture and Markets

Programa de Nutrición para el Mercado de Agricultores Mayores del Estado de Nueva York
Asignación de apoderado para el participante

Acuerdo de participación:

Yo, (escriba el nombre del participante) _____

Doy mi permiso a (nombre del apoderado) _____
con el propósito explícito de recoger mi cuadernillo de cupones del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores Mayores (SFMNP), para el cual he proporcionado la certificación de mi elegibilidad al personal de la agencia.

Firma del participante:_____ Fecha: _____

Acuerdo de representación:

Al firmar como apoderado, acepto la responsabilidad de recibir asistencia federal en nombre del participante mencionado anteriormente, y le devolveré inmediatamente el folleto de cupones de SFMNP. Entiendo que el hecho de no ceder los cupones al participante mencionado anteriormente se considerará un acto fraudulento. Entiendo que hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa o tergiversar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede resultar en pagar a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos que se me otorgaron de manera indebida y puede someterme a un proceso civil o penal en virtud del estado y la Ley federal.

Nombre del apoderado (en letra imprenta): _____

Firma de apoderado: _____Fecha: _____

Esta asignación de representación es válida hasta que el participante la revoque o hasta el 30 de septiembre de 2025.