Department of Agriculture and Markets

ניו יאָרק סטעיט עלטערע פאַרמער מאַרק שפּייז פּראָגראַם
משתתף׳ס באַפולמעכטיקטער באַשטימונג

משתתף׳ס הסכמה:

איך, (שרייבט דעם משתתף׳ס נאָמען אין קלאָרע אותיות) _____

גיב מיין רשות צו (נאָמען פון דעם באַפולמעכטיקטן) _____
פאַר דער בפירוש׳ער מטרה אָפּצונעמען מיין עלטערע פאַרמער מאַרק שפּייז פּראָגראַם (SFMNP) קופּאָן־
העפטל, פאַר וועלכן איך האָב אַריינגעגעבן די באַשטעטיקונג פון מיין פּאַסיקייט צו דעם אַגענטור שטאַב.

משתתף׳ס אונטערשריפט:_____ דאַטע: _____

באַפולמעכטיקטערס הסכמה:

דורך זיך אונטערשרייבן אַלס באַפולמעכטיקטער פאַרטרעטער, נעם איך אויף זיך די אחריות אויף אָפּצונעמען פּעדעראַלע הילף פאַר דעם אויבנדערמאָנטן משתתף, און איך וועל זיי גלייך אומקערן דעם SFMNP קופּאָן־
העפטל. איך פאַרשטיי אַז דאָס ניט אָפּגעבן די קופּאָנעס צו דעם אויבנדערמאָנטן משתתף וועט פאַררעכנט ווערן אַלס אַ שווינדלערישער טאַט. איך פאַרשטיי אַז מאַכן אַ פאַלשע אָדער פאַרפירערישע דעקלאַראַציע בכיוון, ווי אויך פאַרדרייען, פאַרבאַהאַלטן אָדער צוריקהאַלטן פאַקטן קען גורם זיין אַז איך וועל דאַרפן צאָלן דעם שטאַטס אַגענטור, במזומן, די וועלט פון די שפּייז בענעפּיטן וועלכע זיינען צוגעטיילט געוואָרן ניט וויי עס באַדאַרף צו זיין, און קען מיך צושטעלן צו בירגערישער אָדער פאַרבערעכערישער גאריכט לויט דעם שטאַטס און פּעדעראַלע געזעץ.

באַפולמעכטיקטער פאַרטרעטערס נאָמען
(געשריבן אין קלאָרע אותיות): _____

באַפולמעכטיקטנס אונטערשריפט: _____דאַטע: _____

די דאָזיקע באַשטימונג פון אַ באַפולמעכטיקטער פאַרטרעטער איז גילטיק ביז דער משתתף וועט עס מבטל זיין, אָדער ביז דעם 30סטן אין סענטיאַבר, 2025.