Department of Agriculture and Markets

সিনিয়র ফার্মারস মার্কেট নিউট্রিশন প্রোগ্রাম (SFMNP)

রিভ 04/23/2025

# যোগ্যতার বিবৃতি

নিচের তালিকাটি সম্পূর্ণ করুন। এই তালিকায় আপনার দেওয়া উত্তরগুলো হচ্ছে ঐচ্ছিক এবং SFMNP-এর জন্য আপনার যোগ্যতা প্রভাবিত হবেনা। SFMNP-তে জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গ নির্বিশেষে সবার যোগ্যতা এবং অংশগ্রহনের মানদন্ড একই।

| **জাতিসত্তা** (হ্যাঁ অথবা না নির্বাচন করুন) স্পেইনদেশীয় অথবা ল্যাটিনো? | | | **জাতি** (এক বা একাধিক নির্বাচন করুন) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **হ্যাঁ** | **না** | | **আমেরিকান, ইন্ডিয়ান অথবা স্থানীয় অ্যালাস্কান** | **এশিয়ান** | **কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান** | **স্থানীয় হাওয়াইয়ান অথবা প্রসান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী** | **সাদা** |
| | | | | | | | |

আমি প্রত্যায়ন করছি যেঃ

I. আমিঃ
   a. ৬০ বছর ও তার বেশি বয়সী; এবং
   b. পরিবারের জন্য আমার মাসিক আয় উল্লেখিত যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়ের নির্দেশিকা অনুসারে বা তার নিচে। SFMNP পলিসি স্মারকলিপি #2025-১.
      i. $2,413/মাস (একজন ব্যক্তির পরিবারের জন্য); অথবা
      ii. $3,261/মাস (দুইজন ব্যক্তির পরিবারের জন্য); অথবা
      iii. $4,109/মাস (তিনজন ব্যক্তির পরিবারের জন্য)।

II. আমি এই বছর অন্য কোন স্থান থেকে SFMNP-এর চেক পাইনি।

III. আমাকে SFMNP-এর অধীনে আমার অধিকার এবং আমার বাধ্যবাধকতা সম্পর্কে পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। আমি জানি যে SFMNP-এর জন্য আমার যোগ্যতার বিষয়ে স্থানীয় সংস্থার করা যেকোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আমি আপীল করতে পারি।

IV. আমার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আমি যে তথ্য দিয়েছি তা আমার জানামতে সঠিক। এই সাক্ষ্যদান ফরমটি যুক্তরাষ্ট্রীয় সহায়তার সাথে জমা করা হচ্ছে। প্রোগ্রামের কর্মকর্তারা এই ফরমের তথ্যগুলো যাচাই করতে পারেন। আমি জানি যে একটি মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর বিবৃতি তৈরি করা, ইচ্ছাকৃতভাবে তথ্যগুলোকে ভুলভাবে উপস্থাপন করা অথবা গোপন করার ফলে রাষ্ট্রীয় সংস্থাকে নগদ অর্থ প্রদার করা হতে পারে। অনুপযুক্তভাবে জারি করা খাদ্যের মূল্য এবং রাজ্য ও যুক্তরাষ্ট্রীয় আইনের অধীনে আমাকে দেওয়ানী বা ফৌজদারি বিচারের সম্মুখিন হতে পারে।

_____ _____

**স্বাক্ষর (অংশগ্রহণকারী)** **তারিখ**

****Internal Use Only****

Booklet Serial Number: _____ Program/Agency Name: _____ Site ID: _____

Program/Agency Representative's Name (Issuer): _____

**অভিযোগ প্রক্রিয়াঃ নাগরিক অধিকার লঙ্ঘন**

যুক্তরাষ্ট্রীয় নাগরিক অধিকার আইন এবং ইউ.এস ডিপার্টমেন্ট অব এগ্রিকালচার (USDA) নাগরিক অধিকার আইন এবং নীতি অনুসারে, USDA, এর সংস্থা, অফিস এবং কর্মচারী, USDA প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারী বা পরিচালনাকারী প্রতিষ্ঠানগুলো জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, লিঙ্গ, অক্ষমতা, বয়স বা USDA দ্বারা পরিচালিত কোনও প্রোগ্রাম বা কার্যকলাপে নাগরিক অধিকার কার্যকলাপের জন্য প্রতিশোধ বা বৈষম্য করা থেকে নিষিদ্ধ।

প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের যাদের তথ্যের জন্য বিকল্প উপায় প্রয়োজন (যেমন: ব্রেইল, বড় মুদ্রণ, অডিওটেপ, আমেরিকান সাইন ল্যাংগুয়েজ ইত্যাদি) তাদের এজেন্সির (রাজ্য অথবা স্থানীয়) সাথে যোগাযোগ করা উচিৎ যেখানে তারা সুবিধার জন্য আবেদন করতে পারবে। যে সকল ব্যক্তি বধির, শ্রবণশক্তিহীন বা বাক প্রতিবন্ধী তারা যুক্তরাষ্ট্রীয় রিল সার্ভিসের মাধ্যমে USDA-তে যোগাযোগ করতে পারেন (800) 877-8339. সংযুক্তি, প্রোগ্রামের তথ্য ইংরেজি ছাড়া অন্য ভাষায় উপলব্ধ করা যেতে পারে।

বৈষম্যের একটি অভিযোগ করতে, সম্পূর্ণ করুন USDA প্রোগ্রাম বৈষম্য ফরম, (AD-3027) অনলাইনে পাওয়া গেছেঃ https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaintএবং USDA অফিস বরাবর একটি চিঠি লিখুন এবং চিঠিতে আবেদন করা ফরমের সকল তথ্যগুলো প্রদান করুন। অভিযোগ ফরমের একটি অনুলিপি আবেদন করার জন্য, কল করুন (866) 632-9992. আপনার সম্পন্ন করা ফরমটি USDA-তে জমা দিন। মারফতঃ

(১) মেইলঃ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(২) ফেক্সঃ (202) 690-7442; or

(৩) ইমেইলঃ program.intake@usda.gov.

এটি একটি সমান সুযোগ প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান।