Department of Agriculture and Markets

Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores para Adultos Mayores (SFMNP)

Revisado 04/23/2025

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Complete la siguiente tabla. Las respuestas que proporcione en este cuadro son opcionales y no afectarán su elegibilidad para el SFMNP. Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todos, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Etnia (seleccione sí o no) ¿Hispano o latino?		**Raza** (seleccione uno o más)				
Sí	**No**	**Indio americano o nativo de Alaska**	**Asiático**	**Negro o afroamericano**	**Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico**	**Blanca**

Certifico que:

I. Tengo:
   a. 60 años de edad o más; Y
   b. Mi ingreso mensual es igual o inferior a las pautas federales de ingresos para mi hogar descritas en el Informe sobre políticas nro. 2025 -1 del SFMNP.
      i. $2.413 al mes (para un hogar unipersonal); o
      ii. $3.261 al mes (para un hogar de dos personas); o
      iii. $4.109 al mes (para un hogar de tres personas).

II. No recibí cheques SFMNP de ningún otro lugar este año.

III. Se me informó de mis derechos y obligaciones en virtud del SFMNP. Comprendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

IV. La información que proporcioné para la determinación de mi elegibilidad es correcta, según mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con el recibo de Asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. 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.

_____ _____

Firma (participante) **Fecha**

****Internal Use Only****

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

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

Proceso de quejas: Violaciones de Derechos civiles

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o por venganzas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en:https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

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

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.