Department of Agriculture and Markets

سینئر فارمرز مارکیٹ نیوٹریشن پروگرام
(Senior Farmers Market Nutrition Program, SFMNP)

اہلیت کا بیان

درج ذیل چارٹ مکمل کریں۔ اس چارٹ میں آپ جو جوابات فراہم کرتے ہیں ان سے SFMNP کے لیے آپ کی اہلیت متاثر نہیں ہوگی۔ اہلیت کے لیے معیارات اور SFMNP میں شرکت نسل، رنگ، ملکی نژاد، عمر، معذوری یا جنس سے قطع نظر ہر کسی کے لیے یکساں ہیں۔

نسلیت (ہاں یا نہیں کو منتخب کریں) ہسپانوی یا لاطینو؟		**نسل** (ایک یا زائد کو منتخب کریں)				
ہاں	**نہیں**	**امریکن انڈین / الاسکا کا اصل باشندہ**	**ایشیائی**	**سیاہ فام یا افریقی امریکی**	**ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزائر کا باشندہ**	**سفید فام**

میں تصدیق کرتا ہوں کہ:

I. میں ہوں:
   a. 60 سال یا اس سے زائد عمر کا؛ اور
   b. میری وفاقی آمدنی SFMNP کی پالیسی میمورنڈم #2025-1 میں بیان کردہ میرے گھرانے کے لیے وفاقی آمدنی کے رہنما خطوط پر یا اس سے کم ہے۔
      i. $2,413/ماہانہ (ایک فرد والے گھرانے کے لیے)؛ یا
      ii. $3,261/ماہانہ (دو فرد والے گھرانے کے لیے)؛ یا
      iii. $4,109/ماہانہ (تین فرد والے گھرانے کے لیے)۔

II. مجھے اس سال کسی دوسرے مقام سے SFMNP کے چیک موصول نہیں ہوئے ہیں۔

III. SFMNP کے تحت میرے حقوق اور ذمہ داریاں مجھے بتادی گئی ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں SFMNP کیلئے میری اہلیت کے سلسلے میں مقامی ایجنسی کی طرف سے کیے گئے کسی بھی فیصلے پر اپیل کرسکتا ہوں۔

IV. میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے میں نے جو معلومات فراہم کی ہیں وہ میرے بہترین علم کی حد تک درست ہے۔ یہ تصدیقی فارم وفاقی اعانت کی وصولیابی کے سلسلے میں جمع کروایا جا رہا ہے۔ پروگرام کے عہدیداران اس فارم پر درج معلومات کی توثیق کر سکتے ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ جان بوجھ کر غلط یا گمراہ کن بیان دینے یا جان بوجھ کر حقائق کی غلط بیانی، اخفاء یا روک کر رکھنے کے نتیجے میں غیر مناسب طریقے سے جاری شدہ غذائی مراعات کی مالیت نقدی کی شکل میں ریاستی ایجنسی کو ادا کرنا پڑ سکتا ہے اور مجھے ریاستی اور وفاقی قانون کے تحت دیوانی یا تعزیری مواخذے کا مستوجب قرار دیا جا سکتا ہے۔

_____ _____

دستخط (شرکت کنندہ) **تاریخ**

Internal Use Only********

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

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

شکایات کی کارروائی: دیوانی حقوق کی خلاف ورزیاں

وفاقی دیوانی حقوق کے قانون اور امریکی محکمہ زراعت [U.S. Department of Agriculture (USDA)] کے دیوانی حقوق کے ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق، USDA، اس کی ایجنسیوں، دفاتر اور ملازمین اور USDA پروگراموں میں شرکت کر رہے یا ان کا انتظام کر رہے اداروں کو USDA کے زیر اہتمام یا اس سے فنڈ یافتہ کسی بھی پروگرام یا سرگرمی میں نسل، رنگ، قومی نژاد، جنس، معذوری، عمر یا دشمنی کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرنے یا سابقہ دیوانی حقوق کی سرگرمی کے مدنظر انتقامی کارروائی کرنے سے ممنوع قرار دیا گیا ہے۔

پروگرام کی معلومات کے لیے مواصلت کے متبادل ذرائع (جیسے بریل، چھپائی کے بڑے حروف، آڈیو ٹیپ، امریکی اشاراتی زبان، وغیرہ) کے خواہاں معذور افراد کو اس ایجنسی (ریاستی یا مقامی) سے رابطہ کرنا چاہیے جہاں انہوں نے مراعات کے لیے درخواست دی۔ بہرے، اونچا سننے یا بولنے سے تعلق رکھنے والی معذوریوں میں مبتلا افراد فیڈرل ریلے سروس (Federal Relay Service) کی معرفت USDA سے رابطہ کر سکتے ہیں۔(800) 877-8339 اس کے علاوہ، پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ زبانوں میں بھی دستیاب کرائی جا سکتی ہے۔

پروگرام میں امتیازی سلوک کی شکایت درج کروانے کے لیے پروگرام میں امتیازی سلوک کی شکایت کا فارم (USDA) (Program Discrimination Complaint Form)، (AD-3027) جو اس پتے پر آن لائن: https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint، اور USDA کے کسی بھی دفتر میں دستیاب ہے مکمل کریں یا USDA کے پتے پر ایک خط لکھیں اور فارم میں مطلوبہ تمام معلومات خط میں فراہم کریں۔ شکایت فارم کی کاپی طلب کرنے کے لیے (866) 632-9992 پر کال کریں۔ اپنا مکمل کردہ فارم یا خط USDA کے پاس جمع کرائیں بذریعہ:

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

(2) فیکس: (202) 690-7442؛ یا

(3) ای میل: program.intake@usda.gov۔

یہ ادارہ ایک مساوی موقع فراہم کنندہ ہے۔