

Senior Farmers' Market Nutrition Program
Participant Application

SECTION 1 – APPLICANT INFORMATION

Nombre del Solicitante APELLIDO NOMBRE INICIAL DE NOMBRE MEDIO		Nombre del sitio Galveston's Own Farmers Market
Dirección	Apt.	Ciudad
Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento:
		Teléfono:
Número total de los miembros del hogar		
Ingreso bruto total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
Nota: SNAP (Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria) no cuenta como ingreso.		
Alguno de los miembros de su hogar recibe actualmente beneficios de SFMNP de otro sitio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, pon el nombre del sitio:		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano Ni Latino		
Raza: Los solicitantes de múltiples categorías raciales pueden clasificarse en más de un grupo racial. Marque todas las que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> blanco		

SECTION 2 – NONDISCRIMINATION STATEMENT

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

SECTION 3 – CERTIFICATION

He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el SFMNP, incluyendo el derecho de apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi denegación o terminación del SFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se está completando y presentando en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del SFMNP pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que intencionalmente hacer una declaración falsa o engañosa o malpresentar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede resultar en pagar al Departamento de Agricultura de Texas en efectivo, el valor de los beneficios alimenticios que se me han emitido indebidamente y pueden me someten a un proceso civil o penal bajo la ley estatal y federal aplicable. Entiendo que la agencia local pondrá la educación nutricional a mi disposición y me animamos a participar. Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todos, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Se me ha informado de que soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores.

Se me ha informado de que soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores, pero estoy en la lista de espera.

Se me ha informado por escrito que no soy elegible para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores y que tengo derecho a una audiencia justa.

No soy elegible para participar en base a los siguientes criterios:

Ingreso Edad Residencia (en el area del servicio).

Si usted fue encontrado inelegible para participar, usted tiene derecho a una apelación. Para apelar, debe comunicarse con:

Get Moving Houston Farmers Market	8000 North Stadium, Houston, Texas 77054	832-393-4258
Nombre del Sitio	Dirección del sitio	Número de teléfono del sitio

Firma del solicitante	Fecha	Nombre del represante (Si corresponde) (por favor escríbelo)
-----------------------	-------	--

SECTION 4

TO BE COMPLETED BY SFMNP STAFF

<p>Determination Date: _____</p> <p>Date of Applicant's Initial Visit: _____</p> <p>_____ Signature of Eligibility Specialist</p> <p>_____ Name of Eligibility Specialist (Print)</p>	<p>Date the Applicant Agreement, Rights, Obligations and Fair Hearing Request, were provided (page 3 of this form): _____</p> <p>VERIFY APPLICANT INFO HERE:</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>ID#: _____</p> <p>Type of Id: _____</p>
---	--

Voucher #: _____

Acuerdo del Solicitante, Derechos, Obligaciones, y Solicitud de Audiencia Imparcial

1. Yo certifico que la información que yo he presentado respecto a la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi mejor conocimiento. Los funcionarios del programa podrán verificar la información de esta forma.
2. Los beneficios del programa se ofrecen con relación al recibo de asistencia federal. Yo entiendo que una falsificación intencional me puede someter a enjuiciamiento civil o criminal bajo la ley estatal o federal.
3. Yo tengo derecho de apelar cualquier decisión de la agencia local respecto a mi elegibilidad en el Programa. Se puede presentar una solicitud de audiencia imparcial ante la organización.
4. Yo recibiré educación nutricional y seré invitado a participar en este servicio.
5. Yo entiendo que no podré participar en este Programa en otra área de servicio mientras estoy recibiendo cupones en este sitio.
6. Yo entiendo que puedo asignar a un representante autorizado para que cobre mis cupones en el mercado agrícola.
7. Yo entiendo que los alimentos ofrecidos por este programa están destinados a los participantes que tienen derecho de recibirlos.
8. Yo doy consentimiento para que se divulgue información al personal de SFMNP, a los funcionarios del USDA, del Departamento de Agricultura de Texas, y a la organización de alimentos contratada.
9. Yo he sido notificado acerca de mis derechos y obligaciones bajo este programa.