

NJ DOH SFMNP 신청 및 소득 자진 신고서

신청 사무소: 버겐 카운티 노인 복지부

신청 날짜: ____/____/ 2024

분배 장소: _____

Household Data:

가족 수: ____ 가족 월 소득: \$ _____ 우편주소가 실 거주지와 다른 경우 표시

주소: _____ 시 _____ 우편 번호 _____

전화: _____ 핸드폰 집전화 이메일: _____

*노숙자인 경우 아래의 것들 중 최소한 한가지 신분증을 제출하십시오:

운전면허증 출생 증명서 소셜시큐리티 혜택 증명서 기타 _____

Participant #1 - Head of Household:

성 _____ 이름 _____ MI _____

생년월일 _____ 기본 언어: _____ 월 수입: \$ _____

민족성 (한 개 표시):

- 남미인
- 남미인 아님

성별 (한 개 표시):

- 남성
- 여성

소득 증명:

- 메디 케이드
- SNAP (푸드 스탬프)
- CSFP
- 생활 보조비 (SSI)

인종 (해당하는 모든 것 표시):

- 미국 원주민/알래스카 원주민
- 아시아 인
- 흑인/아프리카 인
- 하와이 원주민/태평양 섬 원주민
- 백인

기타 소득 증빙 자료:

- 진술서 - 자기 선언: \$ _____ 한달에
- 은행 잔고 증명서
- 실업 수당
- 사회 보장/은퇴 내역서
- 고용주 서신
- 전년도 W-2
- 최근 급여 명세서
- 장애인 사회 보장
- 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

- 출생 증명
- 운전 면허증
- 이민자 서류
- 의료카드 또는 기록
- 기타 (설명): _____

Participant #2 - Spouse/ Domestic Partner:

성 _____ 이름 _____ MI _____

생년월일 _____ 기본 언어: _____ 월 수입: \$ _____

민족성 (한 개 표시):

- 남미인
- 남미인 아님

성별 (한 개 표시):

- 남성
- 여성

소득 증명:

- 메디 케이드
- SNAP (푸드 스탬프)
- CSFP
- 생활 보조비 (SSI)

인종 (해당하는 모든 것 표시):

- 미국 원주민/알래스카 원주민
- 아시아 인
- 흑인/아프리카 인
- 하와이 원주민/태평양 섬 원주민
- 백인

기타 소득 증빙 자료:

- 진술서 - 자기 선언: \$ _____ 한달에
- 은행 잔고 증명서
- 실업 수당
- 사회 보장/은퇴 내역서
- 고용주 서신
- 전년도 W-2
- 최근 급여 명세서
- 장애인 사회 보장
- 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

- 출생 증명
- 운전 면허증
- 이민자 서류
- 의료카드 또는 기록
- 기타 (설명): _____

작성한 신청서를 SFMNP 배포 사이트에 직접 제출하거나 이메일로 제출하십시오. seniors@co.bergen.nj.us,

또는 우편으로 아래의 주소로 보내십시오:

Bergen County Division of Senior Services, One Bergen County Plaza, 2nd Floor, Hackensack, NJ 07601, SFMNP

자세한 사항은 전화 201-336-7400 또는 웹사이트를 방문 하세요.: www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition.

BC DSS 직원만 작성.

Household ID

Approved by:

Date:

NJ DOH SFMNP 신청 및 소득 자진 신고서

SFMNP: 권리와 의무

1. 본인은 한 개의 카운티 또는 시 사무소에서만 SFMNP 혜택을 받을 수 있음을 이해합니다.
2. 본인은 동일한 혜택을 다른 카운티 또는 지방자치단체에 등록하거나 혜택을 받으려고 시도하지 않으며 앞으로도 그럴 것임을 증명합니다.
3. 본인은 SFMNP 자격 기준을 이해하고 있으며, 본인이 제공한 모든 정보는 사실이고 정확함을 인증합니다.
4. 본인은 주, 카운티 또는 지방 자치 단체가 본인의 정보를 확인할 권리가 있음을 이해합니다.
5. 본인은 이러한 의무 권리를 준수하지 않을 경우 SFMNP 에서 실격 처리될 수 있으며, 이로 인해 다음 해에 SFMNP 에서 처벌을 받거나 실격 처리될 수 있음을 이해하고 있습니다.
6. 카운티 또는 시 노인 사무소는 저에게 건강 및 영양 서비스를 제공할 것이며, 본인은 이러한 서비스에 참여하도록 권장됨을 알고 있습니다.

시니어 파머스 마켓 영양 프로그램 참여는 60 세 이상이고 가구 소득이 아래 소득 빈곤 지침과 같거나 이하인 노인으로 제한됩니다.

소득 자격 지침(2024 년 5 월 1 일부터 2025 년 6 월 30 일까지 유효)

48 개 인접 주, 워싱턴 D.C., 괌 및 영토

가족 수	연 소득	월 소득	월 2 회	격주	매주
<input type="checkbox"/> 1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$536
<input type="checkbox"/> 2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
<input type="checkbox"/> 3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
<input type="checkbox"/> 4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
가족 한 명 당 추가 금액	+\$9,953	+\$830	+\$415	+\$383	+\$192

본인의 서명은 가구별 소득 지침을 검토했음을 나타냅니다. 이 서류에 서명함으로써 본인은 본인의 소득이 위에 열거된 가구 규모 이하임을 증명합니다. 본인은 또한 버겐 카운티에 거주하며 60 세 이상임을 확인합니다. 본인은 이러한 진술 중 하나라도 사기로 판명될 경우 국가 정책 및 절차에 따라 제재를 받을 것임을 이해합니다.

본인은 본인의 서명을 통해 Senior Farmers Market Nutrition Program에 대한 권리와 의무 및 자격 기준에 대해 조언을 받았으며 여기에 제공한 정보가 사실이고 정확함을 인증합니다.

_____	_____	____/____/2024
세대주 이름(인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)
_____	_____	____/____/2024
세대주 이름(인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)
_____	_____	____/____/2024
대리인 이름 (인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)

모든 다른 FNS 영양 지원 프로그램, 주 및 지역 기관 그리고 그 하부수령자는 다음과 같은 차별금지 성명서를 붙여야 합니다

. 연방 시민권법과 미국농무부(USDA) 시민권 규칙 및 규정에 따라 본 기관은 인종, 피부 색깔, 원국적, 성(젠더 정체성과 성적 취향을 포함해), 장애, 나이 혹은 이전 시민권 활동에 대한 보복이나 앙갚음에 근거한 차별을 하지 못합니다.

프로그램 정보를 영어 외 다른 언어로 보실 수 있습니다. 프로그램 정보를 접하기 위해 대체 의사소통 수단(예: 브라우이 점자, 큰 활자, 음성 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인의 경우 그 프로그램을 운영하는 주 혹은 지방 책임 기관이나 USDA TARGET 센터에 (202) 720-2600(음성 및 TTY)으로 전화를 하거나 연방 릴레이 서비스(800-877-8339)를 통해 USDA 에 연락하십시오.

프로그램 차별 민원을 접수하려면 민원제기자가 USDA 프로그램 차별 민원 양식인 AD3027 을 작성해야 하는데, 이 양식은 다음 웹사이트에서 다운로드할 수 있습니다: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-korean.pdf>. 아니면 아무 USDA 사무실에서나 아니면 (866)-632-9992 로 전화를 하거나 혹은 USDA 에 편지를 보내 서 양식을 구할 수 있습니다. 편지에는 민원제기자의 이름, 주소, 전화번호와 함께 주장하는 차별 행위를 상세하게 적어 시민권 차관보(ASCR)에게 주장하는 시민권 위반의 성격 과 날짜를 알려주어야 합니다. 작성한 AD-3027 양식이나 편지를 다음과 같이 USDA 로 보내주십시오.

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

(2) 팩스: (833) 256-1665 아니면 (202) 690-7442 아니면

(3) 이메일: program.intake@usda.gov 본 기관은 기회 균등 서비스 기관입니다