

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE NEW JERSEY
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE GRANJEROS PARA PERSONAS DE LA
TERCERA EDAD (SFMNP)**

SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD

Bergen County División para las Personas de la Tercera Edad

Fecha de Aplicación ____/____/2019

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo. nombre: _____

2. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo. nombre: _____

(Espos/a u otra persona en su casa aplicando para los beneficios de SFMNP)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: Bergen Código Postal _____

Fecha de nacimiento: (1) _____ Fecha de nacimiento: (2) _____ Teléfono: _____

Chequea una casilla:

Chequea una o más casillas:

(1) Etnia:

(2) Etnia:

(1) Raza:

(2) Raza:

- Hispano
 No Hispano

- Hispano
 No Hispano

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico
 Asiático
 Afroamericano
 Caucásico

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Afroamericano
 Caucásico

**Prueba de Identidad y
residencia:**

- Licencia de conducir
 servicios/teléfono
 Certificado de nacimiento
 Otros:

Ingresos:

- Soltero/a \$ _____ por año
Casado/a \$ _____ por año

Prueba de ingresos:

- Declaración de impuestos actual
 Declaración del seguro social
 Verificación de cupones para
 Alimentos/SNAP
 Tarjeta de Medicaid
 Otros:

*****Las personas sin hogar fijo deben de presentar por lo menos una identificación.**

- Licencia de conducir, certificado de nacimiento, declaración del seguro social otra

Derechos y Obligaciones

1. Certifico que no estoy registrado en una Oficina para Personas de la Tercera Edad en otro Condado, que mientras este registrado en este Condado no me registrare en otro. Igualmente no intentare obtener beneficios de SFMNP de otro Condado o agencia mientras este registrado en este Condado.
2. Entiendo que puedo ser descalificado del programa por el incumplimiento de las obligaciones y regulaciones de SFMNP, y puedo ser multado o suspendido de SFMNP por un año.

Con mi firma entiendo que las agencias estatales y locales tienen la opción de verificar los ingresos reportados para confirmar mi elegibilidad.

Certifico que al recibir estos cheques de beneficios temporales de SFMNP, reconozco que he leído la elegibilidad de ingresos de SFMNP. Además, reconozco que los ingresos de mi hogar se encuentran dentro de la guía de elegibilidad de ingresos anuales publicados para SFMNP.

Certifico que soy residente de New Jersey y residente del condado donde estoy solicitando los beneficios de SFMNP.

Además, certifico que tengo 60 años de edad o más, que es el requisito de edad mínima para participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros para personas de la tercera edad.

La agencia local pondrá a su disposición servicios de salud y nutrición, y le recomendamos que participe de estos servicios.

Se me ha informado sobre mis derechos y obligaciones Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros Para Personas De La Tercera Edad. Certifico que la información que he proporcionado para la elegibilidad del programa es correcta, de acuerdo a mi capacidad y entendimiento. Se está enviando este formulario de certificación sobre 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 información, puede resultar en que tenga que regresar el dinero a la Agencia Estatal, en efectivo, por el valor de los beneficios de alimentos que se me otorgaron indebidamente y pueden someterme a un proceso civil o penal en virtud de la Ley Federal y Estatal. Entiendo que es ilegal recibir más de un (1) conjunto de cheques de SFMNP en el periodo de un (1) año.

(1) Fecha:	_____	_____	2019	_____
	Mes	Día	año	Firma del participante
(2) Fecha:	_____	_____	2019	_____
	Mes	Día	año	Firma del participante

Negado Aprobado

Fechado:	_____	_____	2019	_____
	Mes	Día	año	(Firma del representante de la agencia local)

Si usted cree que usted es elegible para beneficios SFMNP, tienes derecho a una audiencia imparcial con respecto a esta decisión escribiendo, llamando por teléfono o visitando la oficina local no más tarde de 60 días desde esta notificación. La audiencia se celebrará en la oficina local. Usted puede traer un testigo, amigo o abogado (todos los honorarios son tu responsabilidad). El Comité de la audiencia constará de funcionarios locales. Se escuchan a ambas partes y se da una decisión oral. Durante la audiencia, se permite exponer las razones por las que cree que debe recibir los beneficios del SFMNP. El personal local indicará las razones por las cuales fueron negados. Usted puede solicitar copias de los documentos utilizados en la determinación de su caso. La audiencia se llevará a cabo en un horario que sea conveniente para usted, y usted recibe una notificación por escrito 10 días antes de la audiencia, que le recuerda la fecha, hora y lugar.

En conformidad con la ley Federal de derechos civiles y normas los derechos civiles de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, he instituciones administradoras o participantes en programas del USDA prohíbe discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividad previa los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (e.g. Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), debe comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplican para beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con la USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, completar la [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027): encontrado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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. Enviar el formulario relleno o carta 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;

(2) **Fax:** (202) 690-7442; or

(3) **E-mail:** program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
SFMNP - 002 Archivo adjunto A