

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL SFMNP

La participación en el Programa para Mayores de Nutrición del Mercado de Agricultores está limitada a aquellas personas mayores de 60 años o más cuyo ingreso bruto (es decir, ingreso antes de deducciones por impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas de seguro, bonos, etc.) es igual a o menos que las pautas de pobreza de ingresos aumentadas en un 185%.

Pautas de elegibilidad de ingresos de WIC (Efectivo desde el 1 de julio de 2022 hasta el 30 de junio de 2023)					
48 Estados Contiguos, D.C., Guam y Territorios					
Tamaño de Familia	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Quincenal	Semanal
<input type="radio"/> 1	\$25,142	\$2,096	\$1,048	\$967	\$484
<input type="radio"/> 2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
<input type="radio"/> 3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
<input type="radio"/> 4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
<input type="radio"/> 5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
<input type="radio"/> 6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
<input type="radio"/> 7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
<input type="radio"/> 8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Para cada miembro adicional agrega	+ \$8,732	+ \$728	+ \$364	+ \$336	+ \$168

Mi firma indica que he revisado las pautas de ingresos por hogar. Al firmar este documento, doy fe de que mis ingresos son iguales o inferiores al tamaño de mi hogar, mencionado anteriormente. También afirmo que vivo en el condado de Bergen y tengo al menos 60 años de edad. Entiendo que si se determina que alguna de estas declaraciones es fraudulenta, estaré sujeto a sanciones según las Pólizas y Procedimientos del Estado.

1.Nombre y Apellido

1.Firma

_____/_____
Fecha

2.Nombre y Apellido

2.Firma

_____/_____
Fecha

3.Nombre y Apellido de Apoderado

3.Firma de Apoderado

_____/_____
Fecha

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL SFMNP

Office on Aging Site: Bergen County Division of Senior Services Fecha de solicitud: ____ / ____ / 2022

Nombre: Apellido (1) _____ Nombre _____ ISN _____

Nombre: Apellido (2) _____ Nombre _____ ISN _____
(Cónyuge que solicita los beneficios del SFMNP)

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento (1) _____ Fecha de nacimiento (2) _____ Tel.# _____

Marque una casilla: (1) Etnia Hispano No Hispano (2) Etnia Hispano No Hispano

Marque una o más casillas: 1) Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Caucásico
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

(2) Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Caucásico
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en:

https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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 que ofrece igualdad de oportunidades.

<http://www.fns.usda.gov/wic/wic-income-eligibility-guidelines> USDA is
an Equal Opportunity Provider, Employer and Lender Federal
Register / Vol. 84, No. 81