

NJ DOH SFMNP 신청 및 소득 자진 신고서

신청 사무소: 버겐 카운티 노인 복지부

신청 날짜: ____ / ____ / 2025

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

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

☐ 출생 증명

☐ 운전 면허증

☐ 이민자 서류

☐ 의료카드 또는 기록

☐ 기타 (설명): _____

☐ 고용주 서신

☐ 전년도 W-2

☐ 최근 급여 명세서

☐ 장애인 사회 보장

☐ 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

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

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

☐ 출생 증명

☐ 운전 면허증

☐ 이민자 서류

☐ 의료카드 또는 기록

☐ 기타 (설명): _____

☐ 고용주 서신

☐ 전년도 W-2

☐ 최근 급여 명세서

☐ 장애인 사회 보장

☐ 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

작성한 신청서를 SFMNP 배포 사이트에 직접 제출하거나 이메일로 제출하십시오. seniors@bergencountynj.gov,

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 □ □ □ □ □ .

Household ID

Approved by:

Date:

SFMNP: 권리와 의무

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

48 개 인접 주, 워싱턴 D.C., 괌 및 영토

가족 수	연 소득	월 소득	월 2 회	격주	매주
☐ 1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 1,207	\$ 1,114	\$557
☐ 2	39,128	3,261	1,631	1,505	753
☐ 3	49,303	4,109	2,055	1,897	949
☐ 4	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
가족 한 명 당 추가 금액	+\$10,175	+\$848	+\$424	+\$392	+\$196

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

_____ / ____ / 2025
 대리인 이름 (인쇄체) 서명 날짜 (월/일/년도)

[illegible]

- (1) ☐ ☐ : U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
☐ ☐ ☐
- (2) ☐ ☐ : (833) 256-1665 ☐ ☐ ☐ (202) 690-7442 ☐ ☐ ☐
- (3) ☐ ☐ ☐ : program.intake@usda.gov ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐