

PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE AGRICULTORES DE LA TERCERA EDAD DE ARKANSAS		
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:
Dirección residencial:		Dirección postal (si es diferente)
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de Seguro Social:	Condado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Estos datos son requeridos por el USDA y no afectarán su elegibilidad para beneficios.</b>		
Ethnicidad: (seleccione una) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Raza: (seleccione uno o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericanos <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico/Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro	
Número en el hogar:	Ingreso Bruto Mensual del Hogar: \$	
Marque lo siguiente que corresponda: <input type="checkbox"/> Recibo productos básicos del USDA (alimentos para personas mayores) <input type="checkbox"/> Recibo SNAP (beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)		Previamente recibió Cupones del Mercade de Agricultores Mayores: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p><b>De acuerdo con la ley federal y política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta agencia tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, Washington, DC 20250-9410, o llame al número gratuito (866) 632-9992. Las personas con discapacidad auditiva o con discapacidades del voz pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6135 (español). USDA es un empleador de igualdad de oportunidades.</b></p>		
<p><b>DECLARACIÓN JURADA</b></p> <p>Por la presente, solicito participar en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores de Arkansas. Certifico que tengo 60 años de edad o más. Confirmando que mi ingreso bruto mensual está por debajo del límite de ingresos y dentro de las directrices para ser elegible para participar en este programa (no más del 185% del nivel de pobreza). Soy residente de Arkansas y resido en el área de servicio del Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas. Acepto comprar frutas y/o verduras frescas y no procesadas cultivadas en Arkansas en mercados y puestos de granja aprobados con los cupones que reciba. También entiendo que no se podrá dar cambio por los cupones utilizados para tales compras.</p> <p>Indico que ni yo ni mi hogar estamos participando en el SFMNP a través de más de un servicio (la participación dual es ilegal).</p> <p>Se me ha informado de mis derechos y obligaciones bajo el SFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta, según mi mejor conocimiento. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa de manera intencional o representar, ocultar o retener hechos de manera intencional puede resultar en el pago en efectivo a la Agencia del valor de los beneficios alimentarios que se me hayan emitido incorrectamente y puede someterme a enjuiciamiento civil o penal bajo las leyes estatales y federales.</p> <p>Se me ha informado que es ilegal ser un participante dual en el SFMNP. Solicitar recibir cupones en más de un condado o bajo un nombre diferente es ilegal y puede someterme a enjuiciamiento civil o penal bajo las leyes estatales y federales.</p> <p>Los estándares para la elegibilidad y la participación en el SFMNP son los mismos para todos, sin importar raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP presentando una solicitud de audiencia de apelación ante el Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas...</p> <p>Entiendo que solo se emitirá un libro de cupones por hogar.</p>		
<p><b>LISTA DE ESPERA</b></p> <p>Los solicitantes pueden ser colocados en una lista de espera si hay más solicitantes de los que se pueden atender.</p>		
Firma:		Fecha:
Nombre del Representante Designado (si corresponde):		Relación:
<b>USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL NWAFFB</b>		
Nombre del personal del NWAFFB:		
Se emitió el folleto de cupones SFMNP:	Número de cupón inicial:	<input type="text"/>
	Número de cupón final:	<input type="text"/>
Solicitud Aprobada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO      Fecha:		
Si la solicitud fue rechazada, motivo:		
<input type="checkbox"/> Menor de 60 años	<input type="checkbox"/> No es residente de Arkansas	
<input type="checkbox"/> El ingreso excede el límite de elegibilidad	<input type="checkbox"/> No residente de un condado elegible	
<input type="checkbox"/> El hogar ya recibe cupones a través de otra persona elegible		
Si la solicitud fue rechazada Se proporcionaron los procedimientos de apelación al solicitante:	<input type="checkbox"/>	Sí
	<input type="checkbox"/>	No