

## Senior Farmers' Market Nutrition Program Participant Application

### SECTION 1 – APPLICANT INFORMATION

Nombre del Solicitante APELLIDO                      NOMBRE                      INICIAL DE NOMBRE MEDIO					Nombre del sitio
Dirección                      Apt.                      Ciudad                      Estado                      Código Postal					Fecha de Nacimiento:
					Teléfono:
Número total de los miembros del hogar					
Ingreso bruto total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					
Nota: SNAP (Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria) no cuenta como ingreso.					
Alguno de los miembros de su hogar recibe actualmente beneficios de SFMNP de otro sitio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, pon el nombre del sitio:					
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano Ni Latino					
Raza: Los solicitantes de múltiples categorías raciales pueden clasificarse en más de un grupo racial. Marque todas las que correspondan:					
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> blanco					

### SECTION 2 – NONDISCRIMINATION STATEMENT

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse 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; or

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

### **Acuerdo del Solicitante, Derechos, Obligaciones, y Solicitud de Audiencia Imparcial**

1. Yo certifico que la información que yo he presentado respecto a la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi mejor conocimiento. Los funcionarios del programa podrán verificar la información de esta forma.
2. Los beneficios del programa se ofrecen con relación al recibo de asistencia federal. Yo entiendo que una falsificación intencional me puede someter a enjuiciamiento civil o criminal bajo la ley estatal o federal.
3. Yo tengo derecho de apelar cualquier decisión de la agencia local respecto a mi elegibilidad en el Programa. Se puede presentar una solicitud de audiencia imparcial ante la organización.
4. Yo recibiré educación nutricional y seré invitado a participar en este servicio.
5. Yo entiendo que no podré participar en este Programa en otra área de servicio mientras estoy recibiendo cupones en este sitio.
6. Yo entiendo que puedo asignar a un representante autorizado para que cobre mis cupones en el mercado agrícola.
7. Yo entiendo que los alimentos ofrecidos por este programa están destinados a los participantes que tienen derecho de recibirlos.
8. Yo doy consentimiento para que se divulgue información al personal de SFMNP, a los funcionarios del USDA, del Departamento de Agricultura de Texas, y a la organización de alimentos contratada.
9. Yo he sido notificado acerca de mis derechos y obligaciones bajo este programa.