

PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE MERCADO DE LOS AGRICULTORES SÉNIOR DE ARKANSAS
SOLICITUD 2021 PARA PARTICIPAR
 IMPRIMIR CLARAMENTE

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:
Dirección residencial:		Dirección postal (si es diferente)
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de Seguro Social:	Condado:	Número de teléfono:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino

Estos datos son requeridos por el USDA y no afectarán su elegibilidad para beneficios.

Etnicidad: (seleccione una) <input type="checkbox"/> Not Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Raza: (seleccione uno o más) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericanos <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico/Hawaiano Nativo	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <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 Medicaid o Ayuda Extra <input type="checkbox"/> Recibo SNAP <input type="checkbox"/> Recibo Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Recibo Medicare	Estoy interesado en solicitar también: <input type="checkbox"/> Programas de Ahorro de Medicare <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ayuda adicional con los costos de los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Productos básicos
---	--

Previamente recibió Cupones del Mercado de Agricultores Mayores:
 Sí año: _____
 No

De acuerdo con la ley federal y la 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 (Voz). Las personas con discapacidad auditiva o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800)877-8339; o (800)845-6136 (español). USDA es un empleador de igualdad de oportunidades.

AFFADAVIT

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 mensual bruto está por debajo del límite de ingresos y está dentro de las pautas para ser elegible para participar en este programa (no más de 185% de pobreza). Soy un residente de Arkansas y un residente de la Agencia de área en el área de envejecimiento del área de servicio del noroeste de Arkansas. Estoy de acuerdo en comprar frutas frescas y sin procesar cultivadas de Arkansas, verduras en mercados aprobados y puestos de granjas con los cupones que recibo. También entiendo que no se puede dar ningún cambio para los cupones utilizados para tales compras.

Intiendo que ni yo ni mi hogar estamos participando en el SFMNP a través de más de una prestación de servicios (la doble participación es ilegal).

He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el SFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. 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 intencionalmente una declaración falsa o engañosa o intencionalmente tergiversar, ocultar o retener hechos puede resultar en el pago de la Agencia en efectivo, el valor de los beneficios alimenticios indebidamente emitidos a mí cualquier puede someterme a un proceso civil o penal bajo la ley estatal y federal.

Se me ha advertido que es ilegal ser un participante dual en SFMNP. Solicitud para recibir cupones en más de un condado o bajo un nombre separado es ilegal y puede someterme a un proceso civil o penal bajo las leyes estatales y federales.

Las normas para la elegibilidad y la participación en el SFMNP son las mismas para todos, independientemente de su 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 audiencia de apelación con la Agencia de Área sobre el Envejecimiento del Noroeste de Arkansas.

Entiendo que solo se emitirá un libro de cupones por hogar.

LISTA DE ESPERA

Los solicitantes pueden ser colocados en una lista de espera si hay más solicitantes de los que se pueden servir.

Firma:	Fecha:
Nombre del Proxy Designado (si corresponde):	Relación:

USO DE LA OFICINA AAA SOLAMENTE

Nombre del personal de AAA:

Aplicación aprobada: Sí NO Fecha: _____

Folleto de cupón SFMNP emitido	Folleto de cupón SFMNP emitido	<input type="text"/>
	Número de cupón final	<input type="text"/>

Número de cupón final	<input type="checkbox"/> Menores de 60 años	<input type="checkbox"/> No es residente de Arkansas
	<input type="checkbox"/> Los ingresos exceden el límite de elegibilidad	<input type="checkbox"/> No es residente de un condado elegible
	<input type="checkbox"/> Hogar que ya recibe cupones a través de otra persona elegible	

Si la solicitud denegada Sí No
 Procedimientos de apelación otorgados al solicitante: Sí No
 Fecha: _____

Agencia de área sobre el envejecimiento del noroeste de Arkansas/DAAS
Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores Senior 2021

Representante Autorizado

Por la presente autorizo, _____, a actuar en mi nombre
(Nombre impreso del representante)
para solicitar y/o usar cupones del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores
emitidos por La Agencia de La Zona sobre el Envejecimiento del Noroeste de Arkansas
para comprar frutas frescas cultivadas localmente y verduras de los mercados de productores
de Arkansas designados y puestos de carretera. Si se producen es comprado por mi
representante autorizado, el producto será devuelto a mí para mi Ventaja.

Nombre senior de PRINT

Firma Senior

Fecha