DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVA JERSEY
PROGRAMA DE NUTRICIÓN EN MERCADOS DE GRANJEROS PARA ADULTOS MAYORES (SFMNP)
SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD

Sitio de la Oficina para Adultos Mayores _____ Fecha de la solicitud _____/_____/___

Nombre: Apellido _ (1) _____ Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____

Nombre: Apellido _ (2) _____ Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
(Cónyuge que solicita los beneficios del SFMNP)

Dirección: _____

Ciudad _____ Condado _____
Código postal _____

Fecha de nacimiento (1) _____ Fecha de nacimiento (2) _____ Número de teléfono _____

Marque una opción: **Marque una o más opcciones:**

(1) Etnia:
☐ Hispano
☐ No hispano

(2) Etnia
☐ Hispano
☐ No hispano

(1) Raza:
☐ Nativo americano o de Alaska
☐ Nativo de Hawaí o isleño del Pacífico
☐ Asiático/a
☐ Negro o afroamericano
☐ Blanco

(2) Raza:
Nativo americano o de Alaska
☐ Nativo de Hawaí o isleño del Pacífico
☐ Asiático/a
☐ Negro o afroamericano
☐ Blanco

Prueba de identidad y residencia:
Licencia de conducir
Servicio público/Factura de teléfono
☐ Declaración fiscal de ingresos actuales

☐ Certificado de nacimiento

Ingreso:
Ingreso individual $ _____ por año

Ingreso conyugal - $ _____ por año

Prueba de ingreso:
Declaracion Fiscal deingresor
☐ Comprobante de pago actual

☐ Comprobante de pago actual
Declaración de beneficios de seguridad social

Admisión automática de ingresos
☐ Estampillas de alimentos/Tarjeta del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
☐ Tarjeta de Medicaid

**** En caso de tratarse de una persona sin vivienda, debe proporcionar al menos una forma de identidad.**

❑ Licencia de conducir, ❑ certificado de nacimiento, ❑ declaración de beneficio de seguro social, ❑ otra_____

Derechos y obligaciones

1. Certifico que no estoy registrado/a en otra Oficina del Condado para Adultos Mayores y no intentaré hacerlo mientras esté registrado/a aquí ni obtendré beneficios de SFMNP de otra Oficina del Condado para Adultos Mayores ni de otro sitio.

2. Entiendo que pueden sacarme del programa en caso de incumplimiento de las obligaciones y regulaciones del SFMNP y que esto puede provocar sanciones o sacarme del SFMNP el próximo año.

Con mi firma, también acepto que el Estado y las agencias locales tienen la opción de investigar en más profundidad el ingreso informado para confirmar mi cumplimiento con los requisitos para el SFMNP.

Certifico que, al recibir estos cheques de beneficio estacionales por parte de SFMNP, declaro haber leído las pautas de elegibilidad de ingresos de SFMNP. Asimismo, declaro que los ingresos de mi hogar cumplen con las pautas de ingresos anuales publicadas por SFMNP.

Declaro ser residente de Nueva Jersey y residente del condado en el que me postulo para recibir beneficios de SFMNP.

Además, certifico que soy mayor de 60 años, que es la edad mínima requerida para participar en el Programa de Nutrición en Mercados de Granjeros para Adultos Mayores.

La agencia local pondrá a su disposición los servicios de salud y nutrición, y lo alentamos a utilizar estos servicios.
Me han informado sobre los derechos y las obligaciones según el Programa de Nutrición en Mercados de Granjeros para Adultos Mayores. Certifico que la información que proporcioné para la determinación de mi cumplimiento con los requisitos es correcta, a mi saber y entender. Este formulario de certificación se envía en relación con la solicitud de asistencia federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información de este formulario. Entiendo que realizar una declaración falsa o engañosa de manera intencional o malinterpretar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede provocar un pago a la Agencia Estatal, en efectivo, por el valor de los beneficios alimenticios que recibí de manera incorrecta y puede exponerme a un juicio civil o penal conforme las leyes estatales y federales. Comprendo que es ilegal recibir más de un (1) grupo de cheques del SFMNP en un (1) año calendario.

(1) Fecha: _____ _____
(día) de (mes) de (año) Firma del participante

(2) Fecha: _____ _____
(día) de (mes) de (año) Firma del participante

_____

☐ **Rechazado** ☐ **Aprobado**

Fechado: _____,_____ _____

(día) de (mes) (año) (firma del representante de la agencia local)

Si considera que cumple con los requisitos para recibir los beneficios del SFMNP, tiene el derecho a una audiencia imparcial en relación con esta decisión si se comunica en forma escrita, telefónica o personal con la oficina local en el plazo de 60 días a partir de este aviso. La audiencia imparcial se llevará a cabo en la oficina local. Puede traer un testigo, amigo o abogado (será responsable de todos los cargos legales). El comité de la audiencia estará compuesto por funcionarios locales. Escucharán a las dos partes y harán saber su decisión de manera oral. Durante la audiencia, tiene permiso para exponer los motivos por los que cree que debe recibir los beneficios del SFMNP. El personal local indicará los motivos por los que fueron rechazados los beneficios. Puede solicitar copias de los documentos que se usaron para determinar su caso. La audiencia se llevará a cabo en un horario que sea conveniente para usted y recibirá un aviso por escrito 10 días antes de la audiencia como recordatorio de la fecha, el horario y el lugar.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, género, discapacidad, edad. De igual manera, tienen prohibido todo tipo de represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para consultar la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Los individuos que tienen sordera, dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. La información del programa también puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una reclamación del programa por discriminación, complete el formulario de reclamación por discriminación en el programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y brinde allí toda la información que se pide en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe la carta o el formulario completo al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU
Oficina del Secretario Adjunto para los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.
Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.