

Para uso de la Oficina  
unicamente Solicitud

ESTADO DE PENNSYLVANIA  
DEPARTAMENTO DE  
AGRICULTURA  
PROGRAMA DE NUTRICION DE MERCADOS DE AGRICULTORES DE PENNSYLVANIA PARA ADULTOS MAYORES (SFMNP)

## FORMULARIO DE SOLICITUD 2025

***Para calificar, debe ser mayor de 60 años (o cumplir 60 años antes del 31/12/2025) y cumplir con las pautas de ingresos del grupo familiar.***

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Yo certifico que la informacion que he proporcionado para mi determinacion de elegibilidad es correcta, a mi saber y entender. Este formulario de certificacion se presenta en relacion con la recepcion de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la informacion en este formulario. Entiendo que hacer una declaracion falsa o engañosa o intencionalmente tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios alimentarios emitidos indebidamente para mi y puede someterme a una accion civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal. Los estandares de elegibilidad y participacion en el SFMNP son iguales para todas las personas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decision tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP. Al firmar este formulario, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar esta dentro de las pautas de ingresos: **\$28,953** para 1 persona en el grupo familiar; o **\$39,128** para 2 personas en el grupo familiar y soy mayor de 60 años (o cumplir 60 años antes del 31/12/2025).

**Nombre del 1 Participante (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Nombre del 2 Participante (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Direccion (en letra de imprenta):**

(Calle)  
postal)

(Ciudad)

(Estado)

(Codigo)

**Numero de telefono:** \_\_\_\_\_ **Condado de residencia:** \_\_\_\_\_

He visto o vere el video "My Plate for Older Adults" (MyPlate para adultos mayores) antes de canjear mis cupones del SFMNP.

**Marque el identificador mas apropiado para cada uno: Origen Etnico:** Hispano o Latino    Ni hispano ni latino

Raza:    Indio Americano o Nativo de Alaska    Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacifico

Asiatico                  Negro o Afroamericano    Blanco

Correo: Lehigh County Aging & Adult Services  
17 South 7<sup>th</sup> Street  
Allentown, PA 18101-2401

Correo Electronico: [agingandadult@lehighcounty.org](mailto:agingandadult@lehighcounty.org)

Rango de cheques: \_\_\_\_\_ (Para uso de la Oficina unicamente)

Lea la **Declaracion de No Discriminacion del USDA**

## **Declaracion de No Discriminacion del USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y politicas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se prohíbe a esta institucion discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de genero y la orientacion sexual), discapacidad, edad o represalia o retaliacion por actividad de derechos civiles previa.

La informacion del programa puede estar disponible en otros idiomas ademas del ingles. Las personas con discapacidades que requieran medidas de comunicacion alternativas para obtener informacion del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a *traves* del Servicio Federal de Retransmision al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminacion en el programa, el/la Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminacion en el Programa del USDA que se puede obtener en linea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, direccion, numero de telefono del demandante y una descripcion escrita de la presunta accion discriminatoria en suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violacion de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben presentarse al USDA por:

**1. Correo postal:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil  
Rights 1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

o **2. Fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

o **3. Correo electronico:**

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.