

# **INSTRUCCIONES PARA APLICAR AL MERCADO PARA PERSONAS MAYORES PROGRAMA DE CHEQUES DE NUTRICION, VERANO 2020:**

- 1) Tienes que tener los siguientes requisitos para ser elegible: 60 años de edad o mayor, residente del Condado de Union, el ingreso anual no debe exceder de \$23,606(soltero) or \$31,894 (casado, viviendo junto).
- 2) La aplicacion debe llenarse completamente. Si alguna informacion se requiere y no es completada en la aplicacion, los cheques no seran distribuidos.
- 3) Firmar por el solicitante la para de atras de la aplicacion y poner la fecha.
- 4) Hay un numero limitado de cheques; los cheques seran distribuidos de acuerdo en el orden de llegada de la aplicacion.
- 5) Una vez que se haya confirmado la elegibilidad, los cheques seran enviados por correo. Cada persona elegible recibirá seis cheques, \$5 cada uno, por un total de \$30.
- 6) Si los cheques se pierden o son estrabiados o robados. No seran reemplazados estos.
- 7) Entregue su aplicacion a la siguiente direccion:

**Union County Division on Aging  
10 Elizabethtown Plaza, 4<sup>th</sup> Floor  
Elizabeth, NJ 07207**

**PREGUNTAS? Por favor comuniquese a los siguientes numeros telefonicos:**

**(888) 280-8226 \* (908)527-4840 \* (908) 527-4877**



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE NEW JERSEY- PROGRAMA DE NUTRICION DEL  
MERCADO DE GRANJEROS PARA ANCIANOS (SFMNP) SOLICITUD PARA SER ELEGIBLE-2020**

Fecha de la solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor complete todo este formulario!**

**Nombre:** Apellido (1) \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

**Nombre:** Apellido (2) \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_  
(Conyugue/otra persona en la casa aplicando para los beneficios de SFMNP)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (1) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (2) \_\_\_\_\_ No. teléfono \_\_\_\_\_

**Marque una:**

**Marque una o más:**

**(1) Grupo étnico:**

**(2) Grupo étnico:**

**(1) Raza:**

**(2) Raza:**

- |                                     |                                     |  |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano    | <input type="checkbox"/> Hispano    | <input type="checkbox"/> Indio-Americano o nativo de Alaska    | <input type="checkbox"/> Indio-Americano o nativo de Alaska    |
| <input type="checkbox"/> No Hispano | <input type="checkbox"/> No Hispano | <input type="checkbox"/> Nativo de islas del pacifico Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de islas del pacifico Asiático |
|                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano            | <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano            |
|                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Blanco                                | <input type="checkbox"/> Blanco                                |

**Indique su Ingresos:**

- Soltero \$ \_\_\_\_\_ Mensual o anual
- \_\_\_\_\_
- Casado \$ \_\_\_\_\_ Mensual o anual

**Elegibilidad automática de ingresos:**

- Tarjeta de Medicaid
- Tarjeta de SNAP/cupones de alimentos
- 

La agencia local hará que la salud y los servicios de nutrición disponibles para usted, y se le anima a participar en estos servicios. Me han informado de mis derechos y obligaciones en el programa de nutrición del mercado de granjeros para ancianos. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a lo mejor de mi conocimiento. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa ocultar o retener información puede resultar en el pago de la agencia estatal, en efectivo, o en el valor de los beneficios de alimentos impropriamente emitidos a mí y puede someterme a Enjuiciamiento civil o penal bajo la ley estatal y federal. Entiendo que es ilegal recibir más de un (1) conjunto de cheques SFMNP en un (1) año calendario.

1. Certifico que no estoy inscrito en otra oficina de Adultos Mayores del Condado, y que no tratare de registrarme en ninguna otra para Adultos Mayores en otro Condado, mientras estoy registrado aquí.
2. Comprendo que puedo ser descalificado del programa por no cumplir con las obligaciones y regulaciones del SFMNP lo que puede resultar en penalidad o descalificación del SFMNP por un año.

Con mi firma, también comprendo que el Estado y las agencias locales, tienen la opción de verificar el reporte sobre mis ingresos económicos para confirmar mi elegibilidad para el SFMNP.

Certifico que tengo por los menos 60 años de edad, que es la edad minima requerida par participar en el Programa de Nutricion Mercado de Granjeros para Ancianos; tampoco he recibido cupones del mismo programa durante este año de ninguna otra agencia, previa a esta fecha.

(1) Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes día año (Firma del participante)

(2) Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes día año (Firma del participante)

**Negado**     **Aprovado**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes día año (Firma del testigo de la agencia local)

Si usted cree que usted es elegible para recibir beneficios de SFMNP, usted tiene derecho a una audiencia imparcial con respecto a esta decisión escribiendo, llamando o visitando la oficina local a más tardar 60 días a partir de esta notificación. La audiencia imparcial se llevará a cabo en la oficina local. Usted puede traer a un testigo, amigo o abogado (todos los honorarios legales serán su responsabilidad). El Comité de audiencias estará compuesto por funcionarios locales. Escucharán a ambas partes y darán una decisión oral. Durante la audiencia, se le permite declarar razones por las cuales usted cree que debe recibir beneficios de SFMNP. El personal local indicará las razones por las que se le negó. Usted puede solicitar copias de los documentos usados para determinar su caso. La audiencia se llevará a cabo en un momento que sea conveniente para usted, y usted recibirá un aviso por escrito 10 días antes de la audiencia, recordándole la fecha, hora y lugar.

**Para todos los demás programas de asistencia nutricional FNS, agencias estatales o locales y sus sub-receptores, deben publicar la siguiente declaración de no discriminación:** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminatorio basado en raza, color, origen nacional, sexo, incapacidad, edad, o represalia o represalia por la actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde soliciten los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de relevos al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja de programa de discriminación, complete el formulario de reclamación de discriminación por programas del USDA, (ad-3027) que se encuentra en línea en: <http://www.ASCR.usda.gov/complaint> presentación de documentos en HTML, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida a USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completada a USDA por: correo: Oficina del Departamento de agricultura de los Estados Unidos del Secretario Adjunto de derechos civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; Fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.