

# **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:**

Hispano

Hispano

Indio-Americano o nativo de Alaska

Indio-Americano o nativo de Alaska

No Hispano

No Hispano

Nativo de islas del pacifico

Nativo de islas del pacifico

Asiático

Asiático

Negro o Africano Americano

Negro o Africano Americano

Blanco

Blanco

**Indique su Ingresos:**

**Elegibilidad automática de ingresos:**

Soltero \$ \_\_\_\_\_ Mensual o anual

Tarjeta de Medicaid

Tarjeta de SNAP/cupones de alimentos

Casado \$ \_\_\_\_\_ Mensual o anual

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 aqui.
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.

