



고령자 농산물 시장 영양 프로그램 2025 년도 신청서, 적격성 및 대리인 양식

권리 및 책임

SFMNP에 따르는 권리와 의무에 대해 고지받았습니다. 적격성 판정을 위해 제공한 정보가 본인이 아는 범위에서 정확함을 증명합니다. 본 인증 양식은 연방 지원금 수령과 관련하여 제출하는 것입니다. 프로그램 관계자는 이 양식에 기재된 정보의 진위를 확인할 수 있습니다. 본인은 고의로 허위 또는 오해의 소지가 있는 진술을 하거나 진실을 은폐 또는 보류하는 경우 주 정부 기관으로부터 부정하게 수급한 식품 혜택의 가치를 현금으로 지급해야 할 수 있으며 주 및 연방법에 따라 민사 또는 형사 기소가 따를 수 있음을 이해합니다.

SFMNP의 적격성 및 참여 기준은 인증, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별에 관계없이 모든 사람에게 동일하게 적용됩니다. 본인은 SFMNP 적격성에 관한 현지 기관의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있음을 이해합니다.

적격성을 갖춘 각 고령자는 매년 1회 50불의 SFMNP 혜택을 받을 수 있습니다.

본인은 서명을 통해 **본인이 다음과 같음**을 인정합니다.

- 메릴랜드 거주자이며
- 60세 이상이고
- 우리 가구의 소득은 SFMNP 가입을 위해 아래에 언급된 소득 가이드라인에 포함됩니다. 본인은 SFMNP 카드를 받은

후 다른 지역에서 추가적인 SFMNP 카드를 신청하지 않을 것임을 인정합니다.

Healthy Together로부터 시니어 파머스 마켓 영양 프로그램 수당 금액 및 프로그램과 관련된 관련 정보에 관한 문자 메시지 수신에 동의합니다. 표준 메시지 요금이 적용됩니다. 언제든지 탈퇴할 수 있습니다.

아래 서명함으로써 본인의 연령이 60세이며 가구 소득이 2025년 7월 1일부터 2026년 6월 30일까지 적용되는 소득 자격에 속함을 인정합니다.

거주지 주소 _____

전화번호 _____ 핸드폰인가요? 네 아니요 생일 (xx/xx/19xx): _____

2024년에 FMNP 카드를 받으셨나요? 예 아니요

그렇다면 아직 카드를 가지고 계신가요? 예 아니요

참가자 서명 (개인 카드용): _____

직원 서명 _____ 기관명 _____

발급 날짜: _____

카드 번호: _____ 휴대 전화번호: _____

인증 또는 민족에 가장 적합한 식별자를 동그라미로 표시해 주세요:

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

아시아인

흑인 또는 아프리카계 미국인

히스패닉 또는

라틴계/중동 또는 북아프리카

원주민 하와이 또는 기타 태평양 섬 주민 백인



참가자가 대리인을 사용하여 카드를 수령하는 경우, 이 부분을 반드시 작성해야 합니다

*대리인은 이 양식을 참가자가 거주하는 카운티의 배부처에 제출해야 합니다.

대리인 이름 _____
 대리인 서명 _____
 직원 서명 _____
 인증 날짜 _____

날짜 _____
 기관명 _____
 카드 번호 _____

가구 규모	185% 연방빈곤 기준				
	연간	월간	매월 2회	격주	주간
48개 인접 주, D.C., 괌 및 영토					
1	\$28,953	\$2,413	\$1,207	\$1,114	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$1,631	\$1,505	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$2,055	\$1,897	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$2,479	\$2,288	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$2,903	\$2,679	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$3,327	\$3,071	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$3,751	\$3,462	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$4,175	\$3,853	\$1,927
각 추가 가족 구성원 당	+ \$10,175	+\$848	+\$424	+\$392	+\$196

농무부(USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 장애, 연령 또는 이전 민권 활동에 대한 보복을 사유로 차별하는 행위는 금지됩니다. 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 글씨, 음성 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인은 프로그램을 관리하는 담당 주 또는 지역 기관 또는 USDA의 TARGET 센터에 (202) 720-2600(음성 및 지막)으로 연락하거나 연방 중계 서비스 (800) 877-8339를 통해 USDA에 문의하시기 바랍니다. 프로그램 차별 대우에 대해 민원을 제기하려면 양식 AD-3027, USDA 프로그램 차별 민원 제기 양식(<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad3027.pdf>)을 온라인 또는 USDA 사무소에서 확보하여 (866) 632-9992로 전화하거나 USDA에 서신을 작성하여 제출하십시오. 해당 서신에는 신고인의 이름, 주소, 전화번호, 그리고 민권 담당 차관보(ASCR)에게 민권 침해 혐의의 내용과 날짜를 알릴 수 있을 만큼 상세하게 차별 대우에 대한 서면 설명이 포함되어야 합니다. 작성된 AD-3027 양식 또는 서신은 우편을 통해 USDA에 제출되어야 합니다. 농무부 민권 담당 차관보 사무실 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. (202) 50-9410 또는 팩스 (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442, 또는 이메일 Program.Intake@usda.gov 본 기관은 균등한 기회 제공 기관입니다.

2025년 SFMNP 전용- 이전 판은 사용불가