



FORMULARIO DE SOLICITUD, ELEGIBILIDAD Y PODER DE REPRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE MERCADOS DE AGRICULTORES PARA ADULTOS MAYORES DEL AÑO 2025

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Se me informó acerca de mis derechos y obligaciones según el Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores para Adultos Mayores (SFMNP, en inglés). Certifico que la información que proporcioné para la determinación de mi elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se envía con relación al recibo de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que realizar una declaración falsa o engañosa de manera intencional o tergiversar, ocultar o retener hechos de manera intencional puede tener como consecuencia el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios que se me otorgaron indebidamente, y puede someterme a un proceso civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal.

Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todas las personas, sin importar su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

Cada persona mayor que califique sólo puede recibir el beneficio de \$50 del SFMNP una vez al año.

Por la presente certifico con mi firma que soy:

- residente de Maryland,
- tengo 60 años o más y
- los ingresos de mi vivienda están dentro de las pautas de ingresos a las que se hace referencia a continuación para participar en el SFMNP.

Reconozco que no buscaré tarjetas SFMNP adicionales en otros lugares después de recibir una.

Acepto recibir comunicaciones por mensaje de texto de Healthy Together sobre el Programa de nutrición para personas mayores de Farmers Market, el monto de mis beneficios y la información relevante relacionada con el Programa. Se aplican las tarifas de mensajería estándar. Puedo darme de baja en cualquier momento.

Al firmar, reconozco que tengo 60 años de edad Y que los ingresos de mi vivienda se encuentran dentro de las pautas vigentes de elegibilidad de ingresos del 1 de julio de 2025 al 30 de junio de 2026.

Dirección de residencia: _____

Número de teléfono: _____ ¿Es un teléfono móvil? Sí No Fecha de nacimiento (xx/xx/19xx): _____

¿Recibió una tarjeta para el FMNP en 2024? Sí No

En caso afirmativo, ¿aún tiene su tarjeta? Sí No

Firma de los participantes (para quién es la tarjeta): _____

Firma del miembro del personal: _____ Nombre de la agencia: _____

Fecha de emisión: _____

Número de tarjeta: _____ Número de teléfono celular: _____

Marque con un círculo el identificador más apropiado para su raza o etnia:

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
Hispano o latino/a Nativo del Medio Oriente o del Norte de África Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
Blanco



Si el participante retira la tarjeta por medio de un apoderado, se debe completar esta parte.

*El apoderado debe llevar este formulario a un sitio de distribución en el condado en el que reside el participante.

Nombre del apoderado: _____

Fecha: _____

Firma del apoderado: _____

Firma del miembro del personal: _____

Nombre de la agencia: _____

Fecha de certificación: _____

Número de tarjeta: _____

Cantidad de miembros de la vivienda	Pautas del 185 % de la pobreza federal				
	Anual	Mensual	Cada dos meses	Quincenal	Semanal
48 estados contiguos, D. C., Guam y Territorios					
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
Cada miembro adicional de la familia agrega	+ \$10,175	+ \$848	+ \$424	+ \$392	+ \$196

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deberían ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una denuncia por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, al llamar al (866) 632-9992 o escribir una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que presenta la queja, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completo debe enviarse al USDA por: correo: Oficina del subsecretario de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. (202) 50-9410; por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o por correo electrónico: Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Únicamente SFMNP 2025 – ediciones anteriores obsoletas