Для служебных отметок
Заявление _____

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА
SENIOR FARMERS' MARKET NUTRITION PROGRAM
(ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ ПРОГРАММА ФЕРМЕРСКИХ РЫНКОВ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, SFMNP)

Бланк заявления 2020 г.

Право на участие имеют лица в возрасте 60 и более лет (или достигшие 60 лет на 31.12.2020), отвечающие требованиям к уровню дохода домашнего хозяйства.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Я подтверждаю, что предоставленная мной ниже информация для проверки моего соответствия требованиям программы является правильной по всем имеющимся у меня сведениям. Этот бланк подтверждения направляется в связи с получением федеральной помощи. Должностные лица программы могут проверить информацию, содержащуюся в этом бланке. Я понимаю, что намеренное предоставление ложной или вводящей в заблуждение информации или намеренное искажение, сокрытие или умалчивание фактов может привести к взысканию в пользу ведомства штата, в наличной форме, стоимости необоснованно предоставленных мне продовольственных пособий и что я могу подвергнуться гражданскому или уголовному преследованию в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Стандарты для отбора и участия в программе SFMNP одинаковы для каждого человека, вне зависимости от расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса инвалида или пола.

Я понимаю, что могу обжаловать любое решение местного агентства касательно моего права на участие в программе SFMNP.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что суммарный доход моего домашнего хозяйства отвечает требованиям программы к уровню дохода: $23 606 на домашнее хозяйство из 1 человека или $31 894 на домашнее хозяйство из 2 человек, и что мне исполнилось 60 или более лет (или исполнится 60 лет до 31 декабря 2020 г.).

Имя и фамилия 1-го участника (печатными буквами): _____Дата рождения_____
(Лицо, которому предназначаются чеки)

(Подпись)

Имя и фамилия 2-го участника (печатными буквами): _____Дата рождения_____
(Лицо, которому предназначаются чеки)

(Подпись)

Адрес (печатными буквами):_____

Номер телефона: _____ Округ, в котором вы проживаете_____

Пожалуйста, обведите наиболее подходящее определение в каждом пункте:

Этническая принадлежность:	Испанского или латиноамериканского происхождения	Не испанского или латиноамериканского происхождения	
Раса:	Американский индеец или коренной житель Аляски	Азиатская	Черная или афроамериканская
	Коренной гаваец или житель другого острова Океании	Белая	

Если количество ответов превысит возможности финансирования, вы будете уведомлены об этом по электронной почте.

Пожалуйста, отправьте свой заполненный бланк по почте или по электронной почте не позднее 24 сентября 2020 г. по адресу:

AAA-SFMNP@alleghenycountv.us или Area Agency on Aging
Senior Farmers Market Nutrition Program
2100 Wharton Street, 2nd Floor Pittsburgh, PA 15203

Организация является поставщиком услуг, обеспечивающим равные возможности.