

Para uso de la Oficina únicamente  
Solicitud \_\_\_\_\_

ESTADO DE PENNSYLVANIA  
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA  
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE MERCADOS DE AGRICULTORES DE PENNSYLVANIA PARA ADULTOS MAYORES (SFMNP)

**FORMULARIO DE SOLICITUD 2024**

*Para calificar, debe ser mayor de 60 años (o cumplir 60 años antes del 31/12/2024) y cumplir con las pautas de ingresos del grupo familiar.*

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios emitidos indebidamente para mí y puede hacerme pasible de una acción civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal. Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son iguales para todas las personas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP. Al firmar este formulario, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar está dentro de las pautas de ingresos: **\$27,861** para 1 persona en el grupo familiar; o **\$37,814** para 2 personas en el grupo familiar y soy mayor de 60 años (o cumpliré 60 años antes del 31/12/2024).

Nombre del 1º Participante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Nombre del 2º Participante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Dirección (en letra de imprenta):

\_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Condado de residencia:

\_\_\_\_\_

He visto o veré el video "My Plate for Older Adults" (MyPlate para adultos mayores) antes de canjear mis cupones del SFMNP.

Marque el identificador más apropiado para cada uno:

Etnia: Hispano o latino

Ni hispano ni latino

**Raza:**           Indio Americano o Nativo de Alaska                   Asiático                   Negro o Afroamericano  
                  Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico                   Blanco

**Rango de cheques:** \_\_\_\_\_ **(Para uso de la Oficina únicamente)**

**Lea la Declaración de No Discriminación del USDA al dorso.**

**ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO POSTAL A LA OFICINA DE SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES DEL CONDADO**

Columbia-Montour Aging Office, Inc.  
702 Sawmill Road Suite 201  
Bloomsburg, PA 17815

**ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO POSTAL A LA OFICINA DE SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES DEL CONDADO**

## Declaración de No Discriminación del USDA

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), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o retaliación por actividad de derechos civiles previa.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el/la 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/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben presentarse al USDA por:

1. **Correo postal:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## ELEGIBILIDAD 2024 Y FORMULARIO PARA REPRESENTANTES

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Se me han informado mis derechos y obligaciones para el Programa SFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios emitidos indebidamente para mí y puede hacerme pasible de una acción civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal.

Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son iguales para todas las personas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

**Nombre del Participante (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Marque la casilla del identificador más apropiado para cada uno:

**Etnia:**  Hispano o latino  Ni hispano ni latino  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico  Blanco

Al firmar este formulario en calidad de representante, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar está dentro de las pautas de ingresos: **\$27,861** para 1 persona en el grupo familiar; o **\$37,814** para 2 personas en el grupo familiar y soy mayor de 60 años.

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_ (Nombre de la persona para la que se emiten los cheques)

**Nombre del Representante (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Persona que recoge los cheques para el participante)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante** \_\_\_\_\_

Número de los cheques recibidos: \_\_\_\_\_

**\*\*El representante debe llevar este formulario a un sitio de distribución en el condado donde reside el participante. NO ENVIAR POR CORREO.**

## Declaración de No Discriminación del USDA

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), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o retaliación por actividad de derechos civiles previa.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el/la 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/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben presentarse al USDA por:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PARTICIPANTES DEL SFMNP

Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios emitidos indebidamente para mí y puede hacerme pasible de una acción civil o penal de acuerdo con la ley estatal y federal.

Los estándares de elegibilidad y participación en el SFMNP son iguales para todas las personas, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

Al firmar este formulario, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar está dentro de las pautas de ingresos. Según se detalla a continuación:

La elegibilidad por ingresos del grupo familiar para 2024 es:

1 persona - \$27,861	4 personas - \$57,720
2 personas - \$37,814	5 personas - \$67,673
3 personas - \$47,767	6 personas - \$77,626

Cada adulto mayor calificado puede recibir el beneficio de \$50 del FMNP una sola vez por cada año del programa.

## **Declaración de No Discriminación del USDA**

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), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o retaliación por actividad de derechos civiles previa.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el/la 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/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben presentarse al USDA por:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## Reglas y reglamentos básicos de los Programas FMNP y SFMNP

- Los cheques del Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores de Pennsylvania (SFMNP) y el Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores de Pennsylvania para Adultos Mayores (SFMNP) **no pueden** ser usados antes del 1 de junio de 2024 ni después del 30 de noviembre de 2024.
- Los clientes del FMNP solo pueden comprar frutas, verduras y hierbas frescas cultivadas en Pennsylvania.
- Los beneficiarios del programa **deben firmar** en el recuadro "Signature Recipient or Proxy" (Firma del Beneficiario o Representante) en el frente de los cheques. Haga esto antes de ir al mercado o lleve un bolígrafo.
- En el mercado, busque puestos que muestren el póster blanco del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores.
- Cada cheque tiene un valor de \$10. A los agricultores **no** se les permite dar cambio por compras de menos de \$10.
- Los beneficiarios del programa pueden hacer pedidos en línea a un agricultor aprobado por el FMNP; sin embargo, debe pagar con sus cheques del FMNP en papel. Un representante puede ir a los mercados para hacer la compra por usted.
- Los cheques **no pueden** ser canjeados en supermercados u otros mayoristas.

## Información sobre los Mercados

Para encontrar un mercado de agricultores o puesto de granja con agricultores elegibles, descargue la aplicación del FMNP. La aplicación "PA FMNP" está disponible de forma gratuita en la tienda Google Play y en la tienda de Apple. Busque "PA FMNP farmers market locator" (localizador de mercados de agricultores de PA FMNP) y descargue la aplicación.

O visite [www.pafmnp.org](http://www.pafmnp.org) para buscar en nuestra base de datos en línea de mercados de agricultores y puestos de granja.

**Para los mercados con números de teléfono, comuníquese con el mercado para conocer los cambios en los horarios de operación antes de visitarlos.**

### Listado de frutas y verduras elegibles

#### Frutas

Manzana	Frutos rojos	Uva	Melón	Pera
Albaricoque	Cereza	Nectarina	Ciruela	Durazno

#### Verduras

Alcachofa	Coliflor	Puerro	Chirivía	Tomate
Espárrago	Apio	Lechuga	Cebolla	Nabo
Habichuelas (frescas)	Maíz	Hongos	Rábano	Calabaza de invierno
Remolacha	Pepino	Pimiento	Ruibarbo	Ñame cultivada en PA
Brócoli	Berenjena	Papa	Rutabaga	Calabacín
Col de Bruselas	Hojas verdes	Guisantes	Espinaca	Microvegetales
Col	Colinabo	Okra	Batata	Ajo Fresco

**Los cheques del FMNP no pueden usarse para comprar plantas reales, solo se permite la compra de la fruta o verdura madura.**

\*\*\*Las hierbas frescas cortadas están permitidas si se usan para cocinar o dar sabor.

- Los cheques del FMNP **no pueden** usarse para comprar alimentos procesados. No se permite la compra de calabazas de Halloween.

- Los cheques del FMNP **no pueden** usarse para comprar frutas cítricas o tropicales.

### **Educación nutricional**

Se puede encontrar información nutricional sobre nutrición básica, compras, cocina, nutrientes en los alimentos y seguridad alimentaria en <https://www.nutrition.gov/>. El sitio web también contiene muchas recetas diferentes.