仅限办公室使用  
申请

**COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA**

**农业部**

**SENIOR FARMERS' MARKET NUTRITION PROGRAM  
（高级农贸市场营养计划，简称 SFMNP）**

2020 年申请表

**要符合资格，您必须年满 60 岁（或在 2020 年 12 月 31 日之前年满 60 岁）并且符合家庭收入准则。**

**权利和责任**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人保证，就本人所知，本人在下面提供的用于确定资格的信息是正确的。本保证书的提交与获得联邦援助有关。计划官员可能核验本保证书上的信息。本人明白，故意做出虚假或误导性陈述或故意虚假陈述、隐瞒或隐匿事实，可能导致用现金向国家机构支付不当发放给本人的食品福利的价值，并可能使本人依照州和联邦法律受到民事或刑事起诉。  不论种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别如何，每个人参与 SFMNP 的资格和标准都是相同的。  本人明白，本人可以对当地机构就本人是否可以加入 SFMNP 做出的任何决定提出上诉。  **在下面签字，即表明本人确认本人的家庭总收入符合收入准则：家庭中 1 人的收入为 $23,606；或家庭中 2 人的收入为 $31,894，且本人已年满 60 岁（或者将在 2020 年 12 月 31 日之前年满 60 岁）。**  **第 1 名参与者的姓名（印刷体）： 出生日期**  （个人支票接收者）  （签名）  **第 2 名参与者的姓名（印刷体）： 出生日期**  （个人支票接收者）  （签名）  **地址（印刷体）：**  **电话号码： 您居住所在的县**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 请为每一项圈出最合适的身份标识： | | | | | **民族：** | 西班牙裔或拉丁裔 | 非西班牙裔或拉丁裔 | | | **种族：** | 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | 亚裔 | 黑人或非洲裔美国人 | |  | 夏威夷原住民或其他太平洋岛屿居民 | 白人 |  | |

如果收到的回复超出了经费允许的数量，则会通过邮件通知您。

请于 2020 年 9 月 24 日之前将填写好的申请书邮寄或通过电子邮件发送至：

[AAA-SFMNP@alleghenycountv.us](mailto:AAA-SFMNP@alleghenycountv.us) 或 Area Agency on Aging

Senior Farmers Market Nutrition Program

2100 Wharton Street, 2nd Floor Pittsburgh, PA 15203

此机构是均等机会提供者。