कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र  
आवेदन

**COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA**

**कृषि विभाग**

**SENIOR FARMERS' MARKET NUTRITION PROGRAM  
(वरिष्ठ किसानहरूको बजार पोषण कार्यक्रम)**

2020 आवेदन फारम

**योग्य हुनको लागि, तपाईंको उमेर 60 बर्ष वा सो भन्दा बढी हुनुपर्छ (वा 12/31/2020 सम्म 60 बर्ष पुग्ने) र घरेलू आम्दानी निर्देशिका पूरा गर्नुपर्छ ।**

**अधिकार र उत्तरदायित्वहरू**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| मैले मेरो योग्यता निर्धारणको लागि तल प्रदान गरेको जानकारी, मेरो सर्वोत्तम ज्ञानको आधारमा सही छ भनेर म प्रमाणित गर्दछु। यो प्रमाणीकरण फारम संघीय सहायताको रसीदको सम्बन्धमा पेश गरिएको छ । कार्यक्रम अधिकृतहरूले यो फारममा भएको जानकारीको पुष्टि गर्न सक्नेछन् । जानाजान गलत वा भ्रामक बयान दिएमा वा जानाजान गलत रूपमा प्रस्तुत गर्ने, लुकाउन वा तथ्यहरू रोक्दा परिणाम स्वरूप मलाई अनुचित रूपमा दिइएकोखाद्य लाभहरूको मूल्य राज्य निकायलाई नगदमा, तिर्नुपर्ने हुन सक्छ र राज्य र संघीय कानूनको अधीनमा मलाई नागरिकवा अपराधिकमुद्दाको अधीनमा ठहर गराइनसक्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।  जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अशक्तता वा लिङ्गजे-जस्तो भएपनि योग्यता र SFMNP मा भाग लिने मापदण्डहरू सबैका लागि समान छन् ।  म स्थानीय निकायले SFMNP को लागि मेरो योग्यता सम्बन्धी गरेको कुनै पनि निर्णयको अपील गर्न सक्छु भनेर मैले बुझेको छु ।  **यसमा हस्ताक्षर गरेर, मेरो कुल घरेलु आम्दानी आय निर्देशिकाभित्र पर्छन्भन्ने म स्वीकार गर्दछु: घरको 1 जना व्यक्तिको लागि $23,606; वा 2 जना व्यक्तिको लागि $31,894 र म 60 बर्ष वा बढी उमेरको छु (वा डिसेम्बर 31, 2020 सम्म 60 बर्ष पुग्नेछु) ।**  **पहिलो सहभागीको नाम (लेख्नुहोस्): जन्म मिति**  (व्यक्ति जाँचको लागि हो)  (हस्ताक्षर)  **दोस्रो सहभागीको नाम (लेख्नुहोस्) : जन्म मिति**  (व्यक्ति जाँचको लागि हो)  (हस्ताक्षर)  **ठेगाना (लेख्नुहोस्) :**  **टेलिफोन नम्बर : तपाईं बस्ने काउण्टी**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | कृपया प्रत्येकको लागि सबैभन्दा उपयुक्त पहिचानकर्तामा गोलो लगाउनुहोस् : | | | | | **जातीयता :** | हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो | हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो होइन | | | **जाति:** | अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी | एशियाली | कालात वा अफ्रिकी अमेरिकी | |  | मूल हवाइन वा अन्य प्रशान्त टापु निवासी | गोरा |  | |

यदि कोषले अनुमति दिने भन्दा बढी प्रतिक्रियाहरू प्राप्त भएमा, तपाईंलाई पत्राचारद्वारा सूचित गरिनेछ ।

कृपया तपाईंले पूरा गरेको फारम निम्नमा सेप्टेम्बर 24, 2020 भन्दा अघि पत्राचार वा इमेल गर्नुहोस्:

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

Senior Farmers Market Nutrition Program

2100 Wharton Street, 2nd Floor Pittsburgh, PA 15203

यो संस्था समानअवसर प्रदायक हो ।