

Para uso del proveedor  
Solicitud \_\_\_\_\_

MANCOMUNIDAD DE PENNSYLVANIA  
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA  
PROGRAMA DE NUTRICIÓN PARA ADULTOS

**FORMULARIO DE SOLICITUD 2023**

*Para calificar, debe ser mayor de 60 años de edad (o cumplir 60 años antes del 31 de diciembre de 2023)*

**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 conexión con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o confusa intencionalmente o declarar hechos erróneamente, ocultar o retener información puede resultar en el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios que hayan sido emitidos a mi nombre de

Los estándares para elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todas las personas, independientemente de su raza, color,

Entiendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por una agencia local respecto de mi elegibilidad para

Al firmar este documento, reconozco que el ingreso total de mi grupo familiar se encuentra dentro de las pautas de Ingresos: **\$26,973** para grupo familiar de 1 persona;

O **\$36,482** para grupo familiar de 2 personas y soy mayor de 60 años de edad (o cumpliré 60 años antes del 31 de

Nombre del 1º participante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Beneficiario de los cheques)

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

Nombre del 2º participante (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Beneficiario de los cheques)

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

Dirección (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

**Marque con un círculo el identificador**

Etnia: Hispana o latina Ni hispana ni latina

Raza: India nativa americana o nativa de Alaska Asiática Blanca Negra o afroamericana

**Consulte el dorso de la Declaración de No Discriminación del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos**

## Declaración de No Discriminación

De conformidad con la ley federal de los Estados Unidos (USDA) y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por una actividad previa de derechos

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además de inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra más grande, audio, Lengua de Señas Americana) deben contactar a la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o comunicarse con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o con el USDA

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Denunciante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en un Programa del USDA, el cual puede obtenerse de las siguientes maneras:

en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, por teléfono al (866) 632-9992, o por escrito, escribiendo una carta al USDA. La carta debe contener el nombre del denunciante, la dirección, el número telefónico y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos

**1. Por 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. Por fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Esta institución es un proveedor que brinda

**Mail Application to:  
Area Agency Aging for Luzerne & Wyoming Counties, 93 North State  
Street, Wilkes Barre, PA 18701**