Card #_____Program Year **2024**
(For official use only)

WA 노인 농부 시장 영양 프로그램 신청서 및 자격 진술서

***이름: _____ *출생일(월, 일, 연도): _____**

주소: _____ 아파트 #: _____

***시: _____ *우편번호: _____ 카운티: _____**

전화: _____

노인 농부 시장 영양 프로그램(Senior Farmers Market Nutrition Program: SFMNP)은 저소득 노인들의 건강과 영양 상태를 향상시키기 위해 신선한 과일과 야채를 제공합니다. 또는 농부 시장과 길가 매점 사용을 증가시키면서 지역 농업도 지원합니다.

SFMNP 혜택에 해당되려면 다음 요구사항을 충족시켜야 합니다.

1. **60세 이상이어야 합니다(아메리칸 인디언/알래스카 원주민일 경우, 55세 이상이어야 합니다)**
2. **귀하의 소득은 연방 빈곤 기준의 185% 미만이어야 합니다. 이 금액은 다음에 해당합니다.**
   - **1인 연소득 $27,861 또는 월소득 $2,322**
   - **2인 연소득 $37,814 또는 월소득 $3,151**
   - **대가족일 경우, 추가되는 사람마다 $829를 더하십시오**
3. **워싱턴 주의 거주자이어야 합니다**

이 양식에 서명함으로써 귀하는 위에 모든 해당 필요조건을 만족시키며 SFMNP 권리 및 책임 정보를 받았음을 인정하게 됩니다.

***_____ *_____**
참가자 서명 날짜

아래 질문에 답변해주십시오 - 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다.

1. 귀하는 본인을 히스패닉/라티노라고 생각하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요
2. *해당하는 항목에 모두 체크하십시오.
   ☐아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 ☐아시아인 ☐ 아프리카계 미국인 ☐백인
   ☐하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
3. 귀하는 휴대전화나 태블릿 등 스마트 기기를 사용하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요
4. 귀하는 안정적인 인터넷에 접속하실 수 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
5. SFMNP 모바일 앱을 이용하시면 SFMNP 혜택 정보, 구매 내역에 접속하고 지역 내 공급업체를 찾으실 수 있습니다. 이 앱을 다운로드하는데 관심이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

작년(2023년) SFMNP 혜택 카드가 있으면 이번 시즌에 재사용하실 수도 있습니다. 2023 WA-SFMNP 혜택 카드의 마지막 6 자리를 아래에 정자체로 적어주십시오.

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

본 기관은 연방법 및 미국 농무부 정책에 따라 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령, 장애, 시민권 활동 경력에 대한 보복을 이유로 한 차별이 금지됩니다. 자세한 정보는 뒷면 선서 진술서를 확인해주십시오.

차별 금지

차별의 배제

본 기관은 성별, 인종, 신념, 종교, 피부색, 출신 국적, 연령, 재향 군인 또는 병역 이행 상태, 성적 지향성, 장애, 안내견이나 훈련된 봉사 동물의 이용(봉사 동물은 장애인을 위해 작업을 수행하도록 훈련받은 동물에 해당함)을 이유로 한 차별이 금지됩니다. (RCW 49.60.030)

USDA 차별 금지 진술

연방 민권법 및 미국 농무부(U.S. Department of Agriculture, USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 USDA와 그 기관, 사무실, 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 수행하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국적, 성별, 장애, 연령, 시민권 활동 경력에 대한 보복을 이유로 한 차별이 금지됩니다.

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 소통 수단(예: 브레이유 점자, 큰 인쇄 매체, 음성 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 장애인은 혜택을 신청할 수 있는 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각 장애나 난청, 언어 장애가 있는 개인은 연방 교환 서비스(Federal Relay Service) (800) 877-8339를 통해 USDA에 연락할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보를 영어가 아닌 다른 언어로도 이용할 수 있습니다.

프로그램에 차별 불만을 제기하시려면 https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint 및 모든 USDA 사무소에서 온라인으로 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027)을 작성하십시오. 또는 양식에 요구된 모든 정보를 담은 서신을 USDA에 보내주십시오. 불만 제기 사본을 신청하시려면 (866) 632-9992에 전화해주십시오. 작성된 양식이나 서신은 USDA에 제출해주십시오.

(1) 우편: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

참고: 이 주소로 SFMNP 신청서를 송부하지 마십시오

(2) 팩스: (202) 690-7442; 또는

(3) 이메일: program.intake@usda.gov.

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.