Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores

Formulario de representante

Nombre del adulto mayor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____

El Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores (SFMNP, por sus siglas en inglés) provee frutas y verduras frescas a las personas de edad avanzada y de ingresos más bajos, con el objetivo de mejorar su salud y estado nutricional. También apoya el cultivo local, lo cual incrementa el uso de mercados agricultores y puntos de venta al lado de la carretera.

Se invita a los adultos mayores a participar activamente en el canje de sus beneficios y a elegir las frutas y verduras frescas que desean comprar. Si el adulto mayor no es capaz de participar plenamente en cualquier parte del programa debido a una discapacidad o a falta de transporte, puede designar con este formulario a un representante que participe en su nombre.

Nombre del representante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____

Al firmar este formulario, usted nombra a la persona mencionada para que represente sus intereses en el SFMNP. Dicha persona podrá firmar la declaración de elegibilidad, recibir beneficios, recibir educación nutricional y canjear beneficios.

Firma del adulto mayor participante

Fecha

Si el adulto mayor solicitante/participante no puede firmar y tiene un poder notarial duradero vigente, adjunte una copia del poder notarial a este documento.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y con las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

La información del programa puede ofrecerse en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al teléfono (202) 720-2600 (voz y TTY) o llamar al USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal en el teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un quejoso debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en programas del USDA, que puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (866) 632-9992, o enviando una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del quejoso y una descripción escrita de la acción presuntamente discriminatoria, con suficiente detalle para informar al secretario adjunto para derechos civiles sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 contestado o la carta al USDA por uno de los siguientes medios: **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 **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.