

# SOLICITUD DEL SFMNP CON GUIAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS Y AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

*Lleve la solicitud completa a cualquiera de los sitios de distribución de SFMNP o envíe un correo electrónico a seniors@co.bergen.nj.us o envíe por correo a:*

Bergen County Division of Senior Services, SFMNP  
One Bergen County Plaza, 2<sup>nd</sup> Floor,  
Hackensack, New Jersey 07601

*Para obtener una lista de los sitios de distribución de SFMNP, llame al 201-336-7400 o visite [www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition](http://www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition)*

La participación en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores está limitada a aquellas personas mayores de 60 años o más y cuyos ingresos familiares son iguales o menos que las guías de pobreza de ingresos a continuación.

<b>Guías de Elegibilidad de Ingresos WIC 2023 SFMNP</b>					
<b>48 Estados Contiguos, D.C., Guam y Territorios</b>					
<b>Tamaño</b>	<b>Anual</b>	<b>Mensual</b>	<b>Dos Veces al Mes</b>	<b>Quincenal</b>	<b>Semanal</b>
<input type="radio"/> 1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
<input type="radio"/> 2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
<input type="radio"/> 3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
<input type="radio"/> 4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,067
<input type="radio"/> 5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
<input type="radio"/> 6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
<input type="radio"/> 7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
<input type="radio"/> 8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
<b>Cada miembro adicional agregue</b>	<b>+ \$9,509</b>	<b>+ \$793</b>	<b>+ \$397</b>	<b>+ \$366</b>	<b>+ \$183</b>

Mi firma indica que he revisado las guías de ingresos por hogar. Al firmar esto, doy fe de que mis ingresos son iguales o inferiores al tamaño de mi hogar, mencionado anteriormente. También afirmo que vivo en el Condado de Bergen y tengo al menos 60 años de edad. Entiendo que si se determina que alguna de estas declaraciones es fraudulenta, estaré sujeto a sanciones según las Políticas y Procedimientos del Estado.

**Con mi firma, certifico que he sido informado sobre los Derechos y Obligaciones y los Criterios de Elegibilidad para el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores, y que la información que proporcioné aquí es verdadera y precisa**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2023  
Nombre Cabeza de Familia (Letra imprenta)      Firma      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2023  
Nombre de Cónyuge (Letra imprenta)      Firma      Fecha

-----  
*Para ser completado únicamente por el miembro del personal de BC DSS.*

**Identificación del Hogar**

**Aprobado por:**

**Fecha:**

# SOLICITUD DEL SFMNP CON GUIAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS Y AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Sitio de la Oficina par Personas Mayores: Bergen County Division of Senior Services Fecha de Soclicitud: \_\_\_/\_\_\_/ 2023

<b>Información del Hogar:</b>	Tamaño del hogar: _____	Ingreso Mensual Total: \$ _____
Dirección: _____	Ciudad _____	Código postal _____
Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	Correo electrónico: _____
*Si no tiene hogar, proporcione al menos una forma de identidad: <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/> Declaración de Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Otro _____		

<b>Cabeza de Familia:</b>	Idioma hablado: _____	
Apellido _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las Islas Pacífica <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco
Prueba de Ingresos:	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Autodeclarado: \$ _____	por mes

<b>Cónyuge:</b>	Idioma hablado: _____	
Apellido _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Género: <input type="checkbox"/> Msculino <input type="checkbox"/> Femenino	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las Islas Pacífica <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco
Prueba de Ingresos:	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Autodeclarado: \$ _____	por mes

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y pólizas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.