

**NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH
SENIOR FARMER'S MARKET NUTRITION PROGRAM (SFMNP)**

뉴저지 시니어 파머스 마켓 신청서 (영어로 작성 해 주세요)

Office on Aging Site: Bergen County Division of Senior Services

신청일 (월/일/년) ____/____/ 2019

1. 신청인: 성 _____ 이름 _____ MI _____

2. 신청인: 성 _____ 이름 _____ MI _____

(배우자로서 함께 신청하는 사람)

주소 _____

시 _____ 카운티 Bergen 우편번호 _____

생년월일(1) _____ 생년월일(2) _____ 전화번호 _____

하나를 선택하세요:

하나 혹은 여럿을 체크 하세요:

(1) 민족:

(2) 민족

(1) 인종:

(2) 인종:

남미인

남미인

미주 원주민/ 알래스카 원주민

미주 원주민/ 알래스카 원주민

남미인이 아님

남미인이 아님

하와이 원주민/태평양섬 원주민

하와이 원주민/태평양섬 원주민

아시아인

아시아인

흑인/아프리카계 미국인

흑인/아프리카계 미국인

백인

백인

신분증명 서류:

수입:

수입 증명 서류:

운전 면허증

독신 \$ _____ 연 수입

최근 세금보고서

전기/전화 고지서

소셜 연금 증명서

미국 출생 증명서

부부 \$ _____ 연 수입

푸드스탬프/SNAP 증명서

기타: _____

메디케이드 카드

기타: _____

****홀리스인 경우 아래 신분증명서중 최소 하나를 제시해야 합니다.**

운전 면허증, 미국 출생 증명서, 소셜 연금 증명서, 기타: _____

권리와 의무

1. 본인은 다른 카운티의 시니어 서비스부에 등록하지 않았으며 또다른 카운티의 시니어 서비스부에 등록하지 않을 것이며 혹은 다른 카운티나 다른 장소에서 SFMNP 혜택을 받지 않을 것 입니다.

2. SFMNP 의무와 규정을 따르지 않을 경우 벌칙을 받거나 일년동안 SFMNP 혜택이 중지 될 수 있음을 알고 있습니다.

본인이 서명을 함으로써, 주정부나 담당 부서에서 본인의 SFMNP 수혜 자격을 확인 하기 위하여 수입 금액을 확인 하는 절차를 진행할 수 있음을 알고 있습니다.

본인의 수입이 SFMNP 수입상한선을 알고있으며, SFMNP 수표를 수령함을 확인합니다. 또한 가족 총 수입이 SFMNP 수입 상한선보다 아래에 있음을 인정합니다.

본인이 뉴저지 거주민이며 SFMNP 혜택을 신청하는 카운티에 살고있음을 확인합니다.

또한, 본인은 파머스마켓 혜택을 받을 수 있는 나이 제한선인 60 세 이상 임을 확인 합니다.

