

SOLICITUD DEL SFMNP DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE NJ Y AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Sitio de la Oficina par Personas Mayores: Bergen County Division of Sernior Services Fecha de Soclicitud: ___/___/2025

Sitio de distribución: _____

Household Data:

Tamaño del Hogar: ___ Ingreso Mensual Total \$ _____ Marque si la Dirección Postal es Diferente

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Celular Fijo Correo Electrónico _____

*Si no tiene Hogar, proporcione al menos una forma de identidad:

Licencia de Conducir Acta de Nacimiento Declaración de Beneficios del Seguro Social Otro _____

Participant #1 - Head of Household:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Idioma Principal: _____ Ingreso Mensual: \$ _____

Etnicidad (marque uno): **Raza (marque todo lo que corresponda):** **Prueba de Identidad (marque todo lo que corresponda):**

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> No Hispano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir |
| Género (marque uno): | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Documentos de Inmigración |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Tarjeta o Registros Médicos |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Comprobante de Ingresos Complementario:

Otro Comprobante de Ingresos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Declaración Jurada - Autodeclaración: \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> SNAP(Cupones para Alimentos) | <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta Bancaria <input type="checkbox"/> Carta del Empleador <input type="checkbox"/> Talón de Pago Reciente |
| <input type="checkbox"/> CSFP | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> W-2, año anterior <input type="checkbox"/> Seguro Social/Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Declaración de Seguro Social/Retiro <input type="checkbox"/> Carta de un Tercero Confiable |

Participant #2 – Spouse/ Domestic Partner:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Idioma Principal: _____ Ingreso Mensual: \$ _____

Etnicidad (marque uno): **Raza (marque todo lo que corresponda):** **Prueba de Identidad (marque todo lo que corresponda):**

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> No Hispano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir |
| Género (marque uno): | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Documentos de Inmigración |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Tarjeta o Registros Médicos |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

Comprobante de Ingresos Complementario:

Otro Comprobante de Ingresos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Declaración Jurada - Autodeclaración: \$ _____ por mes |
| <input type="checkbox"/> SNAP(Cupones para Alimentos) | <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta Bancaria <input type="checkbox"/> Carta del Empleador <input type="checkbox"/> Talón de Pago Reciente |
| <input type="checkbox"/> CSFP | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> W-2, año anterior <input type="checkbox"/> Seguro Social/Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Declaración de Seguro Social/Retiro <input type="checkbox"/> Carta de un Tercero Confiable |

Entregue la solicitud completa en persona a cualquiera de los sitios de distribución del SFMNP, por correo electrónico a seniors@co.bergen.nj.us o por correo postal a: División de Servicios para Personas Mayores del Condado de Bergen, One Bergen County Plaza, 2do Piso, Hackensack, NJ 07601, SFMNP

Para obtener más información, llame al 201-336-7400 o visite www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition

Para Ser Completado Únicamente por un Miembro del Personal de BC DSS.

Identificación del Hogar

Aprobada por:

Fecha:

SOLICITUD DEL SFMNP DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE NJ Y AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

SFMNP: DERECHOS AND OBLIGACIONES

1. Entiendo que puedo recibir beneficios del SFMNP solo de (1) Oficina Municipal sobre Envejecimiento o del Condado a la vez.
2. Certifico que no intento ni intentaré inscribirme ni obtener beneficios de otro Condado o oficina Municipal sobre el Envejecimiento.
3. Entiendo los criterios de elegibilidad del SFMNP y certifico que toda la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y precisa.
4. Entiendo que el Estado, Condado o Municipio tiene derecho a verificar mi información.
5. Entiendo que puedo ser descalificado del SFMNP por incumplimiento de estos Derechos y Obligaciones, y eso puede resultar en sanciones o en la descalificación del SFMNP para el próximo año.
6. La Oficina Municipal o del Condado sobre Envejecimiento pondrá a mi disposición servicios de salud y nutrición, y estoy animado a participar en estos servicios.

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 cuyo ingreso familiar sea igual o menos que las guías de pobreza de ingresos a continuación.

Guías de Elegibilidad de Ingresos (Efectivas desde el 1 de Julio de 2025 hasta el 30 de Junio de 2026) 48 Estados Contiguos, D.C., Guam y Territorios

Tamaño de Familia	Anual	Mensual	Bi-Mensual	Quincenal	Semanal
<input type="checkbox"/> 1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 1,207	\$ 1,114	\$557
<input type="checkbox"/> 2	39,128	3,261	1,631	1,505	753
<input type="checkbox"/> 3	49,303	4,109	2,055	1,897	949
<input type="checkbox"/> 4	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
Cada miembro adicional agregue	+\$10,175	+\$848	+\$424	+\$392	+\$196

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 descubre que alguna de estas declaraciones son fraudulentas, estaré sujeto a sanciones según las Guías y Procedimientos del Estado.

Con mi firma, certifico que me han 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 he proporcionado aquí es verdadera y precisa.

_____	_____	____/____/2025
Nombre del Cabeza de Hogar (Imprenta)	Firma	Fecha
_____	_____	____/____/2025
Nombre del Cónyuge (Imprenta)	Firma	Fecha
_____	_____	____/____/2025
Representante Autorizado Alterno (Imprenta)	Firma	Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

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

(2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.