

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL SFMNP

Sitio Donde Estas Solicitando _____ Fecha de solicitud ____ / ____ / ____

Nombre: Apellido (1) _____ Nombre _____ MI _____

Nombre: Apellido (2) _____ Nombre _____ MI _____

(Cónyuge que solicita los beneficios del SFMNP)

Dirección : _____

Ciudad: JERSEY CITY Condado: HUDSON Código Postal: _____

Fecha de nacimiento (1) _____ Fecha de nacimiento (2) _____ Teléfono: _____

Marque una casilla: Marque una o más casillas:

(1) Etnicidad: Hispano No Hispano

(1) Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 Asiático Negro o Afroamericano Caucásico

(2) Etnicidad: Hispano No Hispano

(2) Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
 Asiático Negro o Afroamericano Caucásico

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. 1400

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

<http://www.fns.usda.gov/wic/wic-income-eligibility-guidelines>

USDA is an Equal Opportunity Provider, Employer and Lender Federal Register / Vol. 84, No. 81

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL SFMNP

La participación en el Programa de Nutrición para las Personas de Mayor Edad del Mercado de Agricultores Locales está limitada a aquellas personas mayores de 60 años o aquellas con ingreso bruto (es decir, ingreso antes de deducciones por impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas de seguro, bonos, etc.) es igual a o menos que las pautas de pobreza de ingresos aumentadas en un 185%.

Pautas de elegibilidad de ingresos de WIC					
(En efecto desde el 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022)					
48 Estados Contiguos, D.C., Guam y Los Territorios					
Tamaño de Familia	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Quincenal	Semanal
1	\$25,142	\$2,096	\$1,048	\$967	\$484
2	\$33,874	\$2,823	\$1,412	\$1,303	\$652
3	\$42,606	\$3,551	\$1,776	\$1,639	\$820
4	\$51,338	\$4,279	\$2,140	\$1,975	\$988
5	\$60,070	\$5,006	\$2,503	\$2,311	\$1,156
6	\$68,802	\$5,734	\$2,867	\$2,647	\$1,324
7	\$77,534	\$6,462	\$3,231	\$2,983	\$1,492
8	\$88,266	\$7,189	\$3,595	\$3,318	\$1,659
Para cada miembro adicional agrega	+\$8,732	+\$728	+\$364	+\$336	+\$168

Mi firma indica que he revisado las pautas de ingresos por hogar. Al firmar este documento, afirmo que mis ingresos, correspondiendo con el tamaño de mi hogar, son iguales o inferiores de los requisitos. También afirmo que vivo en la Ciudad de Jersey City en el condado de Hudson, y tengo al menos 60 años de edad. Entiendo que si se determina que cualquiera de estas declaraciones son fraudulentas, estará sujeto a sanciones según las policías estatales y los procedimientos.

Nombre escrito del participante/apoderado

Nombre firmado del participante/apoderado

Fecha

Nombre escrito del participante/apoderado

Nombre firmado del participante/apoderado

Fecha