

**ARLINGTON COUNTY
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE
MERCADO DE AGRICULTORES DEL ADULTO MAYOR
FORMULARIO PARA AUTORIZAR A UN
REPRESENTANTE**

Si usted no puede aplicar, recoger sus cheques o ir a comprar al Mercado de Agricultores, puede completar éste formulario para designar a una persona como su representante. Este formulario debe ser retornado a la agencia para hacer efectiva la autorización de su representante y éste pueda recoger y usar los cheques por usted.

1. Nombre del Participante _____.
2. Nombre de la persona que usted autoriza para recoger los cheques y hacer las compras por usted _____.

Firma del Participante

Fecha

USDA Nondiscrimination Statement

Comprendo que no es legítimo recibir cheques del mercado de agricultores provenientes de más de una localidad o de inscribirse en este programa en más de una oportunidad en cada Temporada comercial.

He recibido asesoramiento sobre mis derechos y obligaciones en virtud del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores Sénior de Virginia (Virginia Senior Farmers Market Nutrition Program, SFMNP). Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es correcta, según mi leal saber y entender. El presente formulario de certificación se envía junto con el recibo de asistencia federal. Es posible que las autoridades del programa verifiquen la información que figura en este formulario. Comprendo que proporcionar un testimonio falso o erróneo, realizar intencionalmente un falso o erróneo testimonio, o hacer intencionadamente una mala interpretación, ocultando o reteniendo información ocultamiento o reserva de hechos podría obligarme a pagar nuevamente al Departamento de Adultos Mayores de Virginia el valor de los beneficios de alimentos que se me emitieron de manera incorrecta y que podría quedar sujeto a acciones legales en virtud de la Ley federal y estatal. Los estándares de elegibilidad y participación en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores Sénior son los mismos para todos, independientemente de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Comprendo que puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP. Envíe su apelación por escrito a:

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

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.