

SFMNP INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

Participación en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para personas Mayores está limitado a personas de 60 años en adelante el cual su ingreso (antes de deducciones de impuestos, Seguro Social, primas de seguro etc.) es igual o menor que las pautas de ingresos de pobreza que se han aumentado un 185%.

WIC Requerimientos de Ingresos					
(Efectivo del 1ero de julio, 2022 hasta el 30 de junio, 2023)					
48 Estados Contiguos States, D.C., Guam y Territorios					
Tamaño de la Familia	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Quincenal	Semanal
1	\$25,142	\$2,095	\$1,048	\$967	\$484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,550	1,775	1,639	820
4	51,338	4,278	2,139	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,155
6	68,802	5,733	2,867	2,647	1,323
7	77,534	6,461	3,231	2,982	1,491
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Agregue Cada Miembro Adicional	+8,732	+728	+364	+337	+169

Mi firma indica que he revisado las pautas de ingreso requeridas del hogar. Firmando este documento doy fe que mis ingresos son iguales o inferiores al ingreso de mi hogar que aqui queda indicado. También afirmo que vivo en el Condado de **UNION** y que tengo 60 años de edad. Entiendo que si se determina que alguna de estas declaraciones son fraudulentas, estaré sujeto a sanciones por las Leyes y Procedimientos Estatales.

Nombre del Participante #1/Apoderado Fecha

Nombre del Participante #2/Apoderado Fecha

Firma del Participante #1/ O Apoderado

Firma del Participante #2/ O Apoderado

SFMNP INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

Oficina de Adultos Mayores **CONDADO DE UNION** Fecha de Solicitud ____/____/____

Nombre: Apellido (1) _____ Primer Nombre _____ MI _____

Nombre: Apellido (2) _____ Primer Nombre _____ MI _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento (1) _____ Fecha de Nacimiento (2) _____

Teléfono.# _____

Marque una:

Marque más de una:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| (1) Etnia | (2) Etnia | (1) Raza: | (2) Raza: |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No-Hispano | <input type="checkbox"/> No-Hispano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico |
| | | <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Asiatico |
| | | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano |
| | | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Blanco |

Envíe este formulario a:
Union County Division on Aging
10 Elizabethtown Plaza, 4th Fl.
Elizabeth, NJ 07207

De acuerdo con la Ley Federal de los derechos civiles el Departamento de Agricultura de los EEUU (USDA) regulaciones y política, de sus Agencias y oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA les está prohibido discriminar basado en la raza, color origen de nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles realizadas o financiadas por el USDA.

Personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación (por ejemplo: Braille, letras grandes, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben contactar a la Agencia ya sea (Estatad o local) donde solicitaron sus beneficios. Individuos que son sordos, o tienen problemas al oír o tienen discapacidades al hablar deben contactar al USDA a través del Servicio de Relé Federal al (800) 877-8339. Información adicional del programa está disponible en otros idiomas a parte de Inglés. Si necesita presentar una queja, puede llenar la forma e [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que se encuentra en la página: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione toda la información que le pidan en la forma. Para pedir una forma de queja por teléfono llame al (866) 632-9992. Para someter su forma o carta to USDA por correo use la siguiente dirección:

- (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; o
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es proveedora de 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