

NJ DOH SFMNP 신청 및 소득 자진 신고서

신청 사무소: 버겐 카운티 노인 복지부

신청 날짜: ____/____/ 2026

분배 장소: _____

Household Data:

가족 수: ____ 가족 월 소득: \$ _____ 우편주소가 실 거주지와 다른 경우 표시

주소: _____ 시 _____ 우편 번호 _____

전화: _____ 핸드폰 집전화 이메일: _____

*노숙자인 경우 아래의 것들 중 최소한 한가지 신분증을 제출하십시오:

운전면허증 출생 증명서 소셜시큐리티 혜택 증명서 기타 _____

Participant #1 - Head of Household:

성 _____ 이름 _____ MI _____

생년월일 _____ 기본 언어: _____ 월 수입: \$ _____

민족성 (한 개 표시):

- 남미인
- 남미인 아님

성별 (한 개 표시):

- 남성
- 여성

소득 증명:

- 메디 케이드
- SNAP (푸드 스탬프)
- CSFP
- 생활 보조비 (SSI)

인종 (해당하는 모든 것 표시):

- 미국 원주민/알래스카 원주민
- 아시아 인
- 흑인/아프리카 인
- 하와이 원주민/태평양 섬 원주민
- 백인

기타 소득 증빙 자료:

- 진술서 - 자기 선언: \$ _____ 한달에
- 은행 잔고 증명서
- 실업 수당
- 사회 보장/은퇴 내역서
- 고용주 서신
- 전년도 W-2
- 최근 급여 명세서
- 장애인 사회 보장
- 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

- 출생 증명
- 운전 면허증
- 이민자 서류
- 의료카드 또는 기록
- 기타 (설명): _____

Participant #2 - Spouse/ Domestic Partner:

성 _____ 이름 _____ MI _____

생년월일 _____ 기본 언어: _____ 월 수입: \$ _____

민족성 (한 개 표시):

- 남미인
- 남미인 아님

성별 (한 개 표시):

- 남성
- 여성

소득 증명:

- 메디 케이드
- SNAP (푸드 스탬프)
- CSFP
- 생활 보조비 (SSI)

인종 (해당하는 모든 것 표시):

- 미국 원주민/알래스카 원주민
- 아시아 인
- 흑인/아프리카 인
- 하와이 원주민/태평양 섬 원주민
- 백인

기타 소득 증빙 자료:

- 진술서 - 자기 선언: \$ _____ 한달에
- 은행 잔고 증명서
- 실업 수당
- 사회 보장/은퇴 내역서
- 고용주 서신
- 전년도 W-2
- 최근 급여 명세서
- 장애인 사회 보장
- 신뢰할 수 있는 제 3 자 서신

신분 증명 (해당하는 모든 것 표시):

- 출생 증명
- 운전 면허증
- 이민자 서류
- 의료카드 또는 기록
- 기타 (설명): _____

작성한 신청서를 SFMNP 배포 사이트에 직접 제출하거나 이메일로 제출하십시오. seniors@bergencountynj.gov, 또는 우편으로 아래의 주소로 보내십시오:
 Bergen County Division of Senior Services, One Bergen County Plaza, 2nd Floor, Hackensack, NJ 07601, SFMNP
 자세한 사항은 전화 201-336-7400 또는 웹사이트를 방문 하세요.: www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition.

BC DSS 직원만 작성.

Household ID

Approved by:

Date:

NJ DOH SFMNP 신청 및 소득 자진 신고서

SFMNP: 권리와 의무

1. 본인은 한 개의 카운티 또는 시 사무소에서만 SFMNP 혜택을 받을 수 있음을 이해합니다.
2. 본인은 동일한 혜택을 다른 카운티 또는 지방자치단체에 등록하거나 혜택을 받으려고 시도하지 않으며 앞으로도 그럴 것임을 증명합니다.
3. 본인은 SFMNP 자격 기준을 이해하고 있으며, 본인이 제공한 모든 정보는 사실이고 정확함을 인증합니다.
4. 본인은 주, 카운티 또는 지방 자치 단체가 본인의 정보를 확인할 권리가 있음을 이해합니다.
5. 본인은 이러한 의무 권리를 준수하지 않을 경우 SFMNP 에서 실격 처리될 수 있으며, 이로 인해 다음 해에 SFMNP 에서 처벌을 받거나 실격 처리될 수 있음을 이해하고 있습니다.
6. 카운티 또는 시 노인 사무소는 저에게 건강 및 영양 서비스를 제공할 것이며, 본인은 이러한 서비스에 참여하도록 권장됨을 알고 있습니다.

시니어 파머스 마켓 영양 프로그램 참여는 60 세 이상이고 가구 소득이 아래 소득 빈곤 지침과 같거나 이하인 노인으로 제한됩니다.

소득 자격 지침(2025 년 7 월 1 일부터 2026 년 6 월 30 일까지 유효)

48 개 인접 주, 워싱턴 D.C., 괌 및 영토

가족 수	연 소득	월 소득	월 2 회	격주	매주
<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
가족 한 명 당 추가 금액	+\$10,175	+\$848	+\$424	+\$392	+\$196

본인의 서명은 가구별 소득 지침을 검토했음을 나타냅니다. 이 서류에 서명함으로써 본인은 본인의 소득이 위에 열거된 가구 규모 이하임을 증명합니다. 본인은 또한 버겐 카운티에 거주하며 60 세 이상임을 확인합니다. 본인은 이러한 진술 중 하나라도 사기로 판명될 경우 국가 정책 및 절차에 따라 제재를 받을 것임을 이해합니다.

본인은 본인의 서명을 통해 Senior Farmers Market Nutrition Program에 대한 권리와 의무 및 자격 기준에 대해 조언을 받았으며 여기에 제공한 정보가 사실이고 정확함을 인증합니다.

_____	_____	____/____/2026
세대주 이름(인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)
_____	_____	____/____/2026
배우자 이름(인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)
_____	_____	____/____/2026
대리인 이름 (인쇄체)	서명	날짜 (월/일/년도)

USDA 차별 금지 성명서

연방 민권법과 미국 농무부(USDA)의 시민권 규정 및 정책에 따라, USDA와 그 기관, 사무소, 직원, 그리고 USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관들은 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 장애, 연령, 혼인 여부, 가족/부모 신분, 공공 지원 프로그램에서 발생한 소득, 정치적 신념, 또는 이전 시민 활동에 대한 보복을 이유로, USDA가 주관하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램에서의 차별이 금지됩니다 (모든 기준이 모든 프로그램에 적용되는 것은 아님). 구체적인 불만 제출 기한은 프로그램이나 사건에 따라 다릅니다.

프로그램 정보를 위한 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 글씨, 오디오테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인들은 프로그램을 관리하는 주 또는 지방 기관에 연락하거나 통신 중계 서비스 711 (음성 및 TTY)를 통해 USDA에 연락해야 합니다. 또한, 프로그램 정보는 영어 외의 언어로 제공될 수 있습니다.

프로그램 차별 불만을 제기하려면, USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(AD-3027)을 작성 하시거나, USDA로 보내는 서한을 작성하여 요청된 모든 정보를 포함해 보내십시오. 양식은 온라인 [How to File a Program Discrimination Complaint](#) 이나, USDA 사무실에서 받으실 수 있습니다. 불만 제기 양식을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화해 주십시오. 작성된 양식 또는 편지를 USDA에 제출하는 방법은 : (1) 우편: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) 팩스: (202) 690-7442; 또는 (3) 이메일: program.intake@usda.gov 로 제출하시면 됩니다.

USDA는 평등한 기회 제공자, 고용주, 대출 기관입니다.