

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVA JERSEY
PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE AGRICULTORES
PARA PERSONAS MAYORES (SFMNP)**

Formulario de Representante Alterno Autorizado

- Puede dar permiso a otra persona para que actúe en su nombre y el de su familia con el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores.
- Esta persona se llama **Representante Alterno Autorizado**. (En el pasado, llamábamos a esta persona "Apoderado").

Deberá otorgar un permiso firmado a su Representante Alterno Autorizado y este deberá aceptar seguir los derechos y obligaciones del SFMNP.

Declaración del Representante Autorizado del SFMNP

Yo, _____, Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Representante Autorizado/Participante

designo a, _____ para actuar en nombre de mi
Nombre del Representante Alterno Autorizado
familia en asuntos relacionados con mi inscripción y los beneficios del Programa de Mercado de Agricultores para Personas Mayores.

Firma del Representante Autorizado

Fecha

Declaración del Representante Alterno Autorizado del SFMNP

Acepto actuar en nombre de _____ y cumpliré con todas las reglas y políticas del Programa de Mercado de Agricultores para Personas Mayores. Entiendo que debo presentar una forma válida de identificación en la Agencia Local de Mayores.

Firma del Representante Alterno Autorizado

Fecha

USDA Declaración de No Discriminación

Conforme a las leyes de derechos civiles federales ya las normas y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública o creencias políticas; así como o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, idioma de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o con el USDA a través del Servicio de Relé de Telecomunicaciones (TRS) al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027 (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>), que se encuentra en línea en Como Presentar una Queja por Discriminación en un Programa y en cualquier oficina del USDA; o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o la carta al USDA a través de los siguientes medios: 1. Correo: 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. Fax: (202) 690-7442; or 3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y entidad crediticia que ofrece igualdad de oportunidades.