

رفاه عمومی پنسیلوانیا  
وزارت کشاورزی  
برنامه تغذیه بازار کشاورزان ارشد

فرم درخواست 2024

برای واجد شرایط بودن، شما باید 60 سال یا بیشتر داشته باشید (یا تا تاریخ 31/12/2024 به سن 60 سالگی برسید) و شرایط دستورالعمل‌های درآمد خانوار را دارا باشید.

حقوق و مسئولیت‌ها

من تأیید می‌کنم که اطلاعاتی که برای تأیید صلاحیتم ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم صحیح هستند. این فرم تأیید گواهی در رابطه با دریافت کمک‌های فدرال ثبت می‌شود. مقامات این برنامه می‌توانند صحت اطلاعات موجود در این فرم را بررسی کنند. من می‌دانم که بیان اطلاعات نادرست یا گمراه‌کننده یا ارائه عمدی حقایق به صورت اشتباه، پنهان کردن آن‌ها یا عدم ذکر آن‌ها، می‌تواند منجر به پرداخت نقدی ارزش مزایای غذایی‌ای که به صورت نادرست به من تعلق گرفته است به آژانس دولتی شود، و تحت قوانین ایالتی و فدرال، من را از لحاظ مدنی یا جنایی تحت تعقیب قانونی قرار دهد. استانداردهای واجد شرایط بودن و شرکت در SFMNP برای تمام افراد، فارغ از نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت، یکسان است.

من می‌دانم که می‌توانم در رابطه با تصمیم گرفته‌شده توسط آژانس محلی در مورد صلاحیت من برای SFMNP درخواست تجدید نظر کنم. با امضای این مدرک من تأیید می‌کنم که کل درآمد خانوار من در محدوده دستورالعمل‌های درآمد زیر است: 27,861 دلار برای 1 شخص در خانوار؛ یا 37,814 دلار برای 2 شخص در خانوار و اینکه من 60 سال یا مسن‌تر هستم (یا تا تاریخ 31/12/2024 به سن 60 سالگی می‌رسم).

نام اولین شرکت‌کننده (چاپ): \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

(شخصی که چک‌ها به نام اوست)

(امضاء)

نام دومین شرکت‌کننده (چاپ): \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

(شخصی که چک‌ها به نام اوست)

(امضاء)

آدرس (چاپ):

(خیابان) (شهر) (ایالت) (کد پستی)

شماره تلفن: \_\_\_\_\_ شهرستان اقامت: \_\_\_\_\_

من پیش از استفاده از کوپن‌های SFMNP خود ویدیوی «غذای من برای بزرگسالان مسن» را مشاهده کرده‌ام/می‌کنم.

لطفاً دور گزینه مناسب خط بکشید:

قومیت:

اسپانیایی یا لاتین غیراسپانیایی یا لاتین

نژاد:

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکایی آسیایی سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی  
بومی هاوایی یا اهل جزایر دیگر اقیانوس آرام سفیدپوست

محدوده چک: \_\_\_\_\_ (فقط برای استفاده دفتری)

برای مشاهده اعلامیه عدم تبعیض USDA لطفاً پشت برگه را مشاهده کنید

## اعلامیه عدم تبعیض USDA

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و سیاست‌های حقوق مدنی «وزارت کشاورزی ایالات متحده» (USDA)، این نهاد حق تبعیض براساس نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، جنسیت (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، ناتوانی، سن یا تلافی یا قصاص براساس فعالیت‌های حقوقی مدنی پیشین را ندارد.

اطلاعات این برنامه ممکن است به زبان‌هایی به جز انگلیسی موجود باشد. افراد دارای ناتوانی که به راه‌های ارتباطی دیگری برای دریافت اطلاعات برنامه (مثل خط بریل، حروف بزرگ، نوار شنیداری، زبان اشاره آمریکایی) نیاز دارند، باید با ایالت یا آژانس محلی مسئولی که برنامه را ارائه می‌دهد، یا TARGET Center USDA از طریق شماره 2600-720 (202) (صوتی و تایپ تلفنی) یا «خدمات امداد فدرال» از طریق شماره 8339-877 (800) تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت‌نامه تبعیض برنامه، شاکی باید «فرم AD-3027»، «فرم شکایت‌نامه تبعیض برنامه USDA» که به‌صورت آنلاین از این آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، یا از تمام دفاتر USDA با تماس با 9992-632 (866) یا با نوشتن نامه به USDA قابل‌دریافت است را پر کند. این نامه باید دارای نام شاکی، آدرس، شماره تلفن و شرحی از اقدام تبعیض‌آمیز ادعایی با جزئیات کافی برای اطلاع‌رسانی به «منشی دستیار حقوق مدنی» (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. فرم تکمیل‌شده AD-3027 یا نامه باید به‌صورت زیر به USDA ارسال شود:

1. آدرس پستی:  
وزارت کشاورزی ایالات متحده  
دفتر منشی دستیار حقوق مدنی  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410  
یا
2. فکس:  
256-1665 (833) یا 690-7442 (202)؛ یا
3. ایمیل:  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

این سازمان موقعیت برابری را برای همه فراهم می‌آورد.

## فرم واجد شرایط بودن و نماینده 2024

### حقوق و مسئولیتها

حقوق و تعهدات من در رابطه با SFMNP به من اعلام شده است. من تأیید می‌کنم که اطلاعاتی که برای تأیید صلاحیتم ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم صحیح هستند. این فرم تأیید گواهی در رابطه با دریافت کمک‌های فدرال ثبت می‌شود. مقامات این برنامه می‌توانند صحت اطلاعات موجود در این فرم را بررسی کنند. من می‌دانم که بیان اطلاعات نادرست یا گمراه‌کننده یا ارائه عمدی حقایق به‌صورت اشتباه، پنهان کردن آن‌ها یا عدم ذکر آن‌ها، می‌تواند منجر به پرداخت نقدی ارزش مزایای غذایی‌ای که به‌صورت نادرست به من تعلق گرفته است به اژانس دولتی شود، و تحت قوانین ایالتی و فدرال، من را از لحاظ مدنی یا جنایی تحت تعقیب قانونی قرار دهد.

استانداردهای واجد شرایط بودن و شرکت در SFMNP برای تمام افراد، فارغ از نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت، یکسان است.

من می‌دانم که می‌توانم در رابطه با تصمیم گرفته‌شده توسط اژانس محلی در مورد صلاحیت من برای SFMNP درخواست تجدید نظر کنم.

نام شرکت‌کننده (چاپ): \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_  
(شخصی که چک‌ها به نام اوست)

آدرس: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_  
(روز/ماه/سال)

لطفاً مناسب‌ترین گزینه مربوط به هر بخش را انتخاب کنید:

قومیت:  قومیت اسپانیایی یا لاتین  غیر اسپانیایی یا لاتین

آسیای

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکایی

سفیدپوست

بومی هاوایی یا اهل جزایر دیگر اقیانوس آرام

با امضای این وکالت‌نامه من تأیید می‌کنم که کل درآمد خانوار من در محدوده دستورالعمل‌های درآمد زیر است: **27,861 دلار** برای 1 شخص در خانوار؛ یا **37,814 دلار** برای 2 شخص در خانوار و اینکه من 60 سال یا مسن‌تر هستم.

امضای شرکت‌کننده \_\_\_\_\_ (شخصی که چک‌ها به نام اوست)

نام نماینده (چاپ): \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_  
(شخصی که چک‌ها را برای شرکت‌کننده دریافت می‌کند)

آدرس: \_\_\_\_\_

امضای نماینده \_\_\_\_\_

تعداد چک‌های دریافت‌شده: \_\_\_\_\_

\*\*نماینده فرد باید این فرم را به یکی از محل‌های توزیع در شهرستانی که گیرنده در آنجا ساکن است ببرد. از پست کردن این فرم خودداری کنید

## اعلامیه عدم تبعیض USDA

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و سیاست‌های حقوق مدنی «وزارت کشاورزی ایالات متحده» (USDA)، این نهاد حق تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، جنسیت (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، ناتوانی، سن یا تلافی یا قصاص بر اساس فعالیت‌های حقوقی مدنی پیشین را ندارد.

اطلاعات این برنامه ممکن است به زبان‌هایی به جز انگلیسی موجود باشد. افراد دارای ناتوانی که به راه‌های ارتباطی دیگری برای دریافت اطلاعات برنامه (مثل زبان بریل، حروف بزرگ، نوار شنیداری، زبان اشاره آمریکایی) نیاز دارند، باید با ایالت مسئول یا آژانس محلی‌ای که برنامه را ارائه می‌دهد، یا TARGET Center USDA از طریق شماره 720-2600 (202) (صوتی و تایپ تلفنی) یا «خدمات امداد فدرال» از طریق شماره 877-8339 (800) تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت‌نامه تبعیض برنامه، شاکی باید «فرم» AD-3027، «فرم شکایت‌نامه تبعیض برنامه USDA» که به صورت آنلاین از این آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، یا از تمام دفاتر USDA با تماس با 632-9992 (866) یا با نوشتن نامه به USDA قابل دریافت است را پر کند. این نامه باید دارای نام شاکی، آدرس، شماره تلفن و شرحی از اقدام تبعیض‌آمیز ادعایی با جزئیات کافی برای اطلاع‌رسانی به «منشی دستیار حقوق مدنی» (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. فرم تکمیل‌شده AD-3027 یا نامه باید به صورت زیر به USDA ارسال شود:

(1) آدرس پستی: وزارت کشاورزی ایالات متحده  
دفتر منشی دستیار حقوق مدنی  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410؛ یا

(2) فکس: 256-1665 (833) یا 690-7442 (202)؛ یا

(3) ایمیل: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

این سازمان موقعیت برابری را برای همه فراهم می‌آورد.

## حقوق و مسئولیت‌های FMNP ارشد

من تأیید می‌کنم که اطلاعاتی که در پایین برای تأیید صلاحیتم ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم صحیح هستند. این فرم تأیید گواهی در رابطه با دریافت کمک‌های فدرال ثبت می‌شود. مقامات این برنامه می‌توانند صحت اطلاعات موجود در این فرم را بررسی کنند. من می‌دانم که بیان اطلاعات نادرست یا گمراه‌کننده یا ارائه عمدی حقایق به‌صورت اشتباه، پنهان کردن آن‌ها یا عدم ذکر آن‌ها، می‌تواند منجر به پرداخت نقدی ارزش مزایای غذایی‌ای که به‌صورت نادرست به من تعلق گرفته است به آژانس دولتی شود، و تحت قوانین ایالتی و فدرال، من را از لحاظ مدنی یا جنایی تحت تعقیب قانونی قرار دهد.

استانداردهای واجد شرایط بودن و شرکت در SFMNP برای تمام افراد، فارغ از نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت، یکسان است.

من می‌دانم که می‌توانم در رابطه با تصمیم گرفته‌شده توسط آژانس محلی در مورد صلاحیت من برای SFMNP درخواست تجدید نظر کنم.

با امضای این مدرک من تأیید می‌کنم که کل درآمد خانوار من در محدوده دستورالعمل‌های درآمد زیر است. به‌صورت زیر:

صلاحیت درآمد خانوار 2024 بدین شرح است:

1 شخص - 27,861 دلار	4 نفر - 57,720 دلار
2 نفر - 37,814 دلار	5 نفر - 67,673 دلار
3 نفر - 47,767 دلار	6 نفر - 77,626 دلار

هر شخص مسن واجد شرایط در هر سال برنامه فقط 1 مزایای 50 دلاری FMNP دریافت می‌کند.

## اعلامیه عدم تبعیض USDA

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و سیاست‌های حقوق مدنی «وزارت کشاورزی ایالات متحده» (USDA)، این نهاد حق تبعیض براساس نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، جنسیت (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، ناتوانی، سن یا تلافی یا قصاص براساس فعالیت‌های حقوقی مدنی پیشین را ندارد.

اطلاعات این برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری به جز انگلیسی موجود باشد. افراد دارای ناتوانی که به راه‌های ارتباطی دیگری برای دریافت اطلاعات برنامه (مثل خط بریل، حروف بزرگ، نوار شنیداری، زبان اشاره آمریکایی) نیاز دارند، باید با ایالت یا آژانس محلی مسئولی که برنامه را ارائه می‌دهد، یا TARGET Center USDA از طریق شماره (202) 720-2600 (صوتی و تایپ تلفنی) یا «خدمات امداد فدرال» از طریق شماره (800) 877-8339 تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت‌نامه تبعیض برنامه، شاکای باید فرم AD-3027، «فرم شکایت‌نامه تبعیض برنامه USDA» که به‌صورت آنلاین از این آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، یا از تمام دفاتر USDA با تماس با (866) 632-9992 یا با نوشتن نامه به USDA قابل‌دریافت است را پر کند. این نامه باید دارای نام شاکای، آدرس، شماره تلفن و شرحی از اقدام تبعیض‌آمیز ادعایی با جزئیات کافی برای اطلاع‌رسانی به «منشی دستیار حقوق مدنی» (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. فرم تکمیل‌شده AD-3027 یا نامه باید به‌صورت زیر به USDA ارسال شود:

(1) آدرس پستی: وزارت کشاورزی ایالات متحده  
دفتر منشی دستیار حقوق مدنی  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410؛ یا

(2) فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا

(3) ایمیل: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

این سازمان موقعیت برابری را برای همه فراهم می‌آورد.

