

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS *EN INGLES*

2022 Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores de Kansas Formulario de Sustituto

Yo, _____ (nombre en letra de molde del participante adulto mayor) por la presente designo a:

Nombre del sustituto: _____

Dirección del sustituto: _____

Número de teléfono del sustituto: _____

(Escriba el nombre del sustituto, la dirección de su casa y su número de teléfono)

Como mi sustituto en el Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores de Kansas (KFSMNP). Esta sustitución tendrá efecto solo cuando yo no pueda realizar mis propias transacciones de KFSMNP. El representante autorizado que he nombrado anteriormente tiene permiso para actuar en mi nombre, incluida la solicitud de beneficios, la participación en educación nutricional, la recepción de cheques KFSMNP u otros beneficios y el uso de cheques KFSMNP en puntos de venta autorizados.

Yo, _____ (nombre en letra de molde del sustituto) a discreción de la agencia de distribución local para KFSMNP, puedo realizar transacciones de KFSMNP para: _____ (nombre del participante adulto mayor)

Entiendo que debo seguir todas las reglas de KFSMNP, incluidas, pero no limitado a:

- Nunca cambiar cheques por dinero en efectivo;
- Nunca recibir efectivo por compras cuyo valor sea inferior al valor de los cheques de KFSMNP;
- Cambiar cheques solo con agricultores certificados por KFSMNP;
- Usar cheques para comprar solo frutas frescas y verduras nutritivas, no preparadas y cultivadas localmente, y miel para consumo humano;
- Gastar los cheques a más tardar el 1 de noviembre de 2022;
- Todos los alimentos elegibles comprados con cheques KFSMNP deben devolverse al adulto mayor elegible;
- El mal uso de los cheques de KFSMNP es ilegal y los ofensores de dichos actos pueden estar sujetos a enjuiciamiento civil of criminal en virtud de la ley estatal y federal.

Firma del participante adulto mayor: _____

Firma del sustituto: _____

Firma de la agencia local: _____

Nombre del sitio de distribución de cheques: _____

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS *EN INGLES*

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: 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) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

