



--

Senior Farmers Market Nutrition Program

신청은 우편소인으로 2022년 5월 13일자 까지만 유효합니다 또한

*성명(영어로 기재): _____											
*주소: _____	*아파트 #: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
*시: _____	*우편번호: <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
*전화번호: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											이메일: _____
*생년월일: (월/일/연도)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

고령자를 위한 파머스 마켓 영양 프로그램 (Senior Farmers Market Nutrition Program: SFMNP) 은 저소득층 노인들의 건강과 영양 상태를 향상시키기 위해 신선한 과일과 야채를 제공합니다. 이 프로그램은 또한 농민 장터와 길가 상점 이용을 증가시키면서 지역 농업도 활성화 시킬 것 입니다.

고령자를 위한 파머스 마켓 영양 프로그램(SFMNP) 혜택 자격을 받으시려면 다음 요건에 맞춰야 합니다.

- 60세 이상이어야 함. (아메리칸 인디언일 경우, 55세 이상이어야 함)
- 소득이 다음 이하여야 함.
 - 1인당 연봉이 \$25,142이거나 월소득이 \$2,096이어야 함.
 - 2인당 연봉이 \$33,874이거나 월소득이 \$2,823이어야 함.
 - 대가족 일 경우, 추가되는 사람마다 일 인당 \$728 월 소득을 더함.

■ **워싱턴주 킹카운티 주민**

이 양식에 서명함으로써 귀하는, 아래의 사항을 인정하게 됩니다.

- 상기 자격요건에 모두 부합함
- 본 양식이 무작위 추첨에 사용됨을 인지함
- 일 본인의 양식이 당첨되는 경우, 고령자를 위한 농부시장 영양 프로그램(SFMNP)

* 신청인의 서명:	*신청일 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>							2	0	2	2
2	0	2	2								

*Signature of person if assisting & completing form with applicant:	
Print Name & Agency or Affiliation:	
Email:	Phone #:

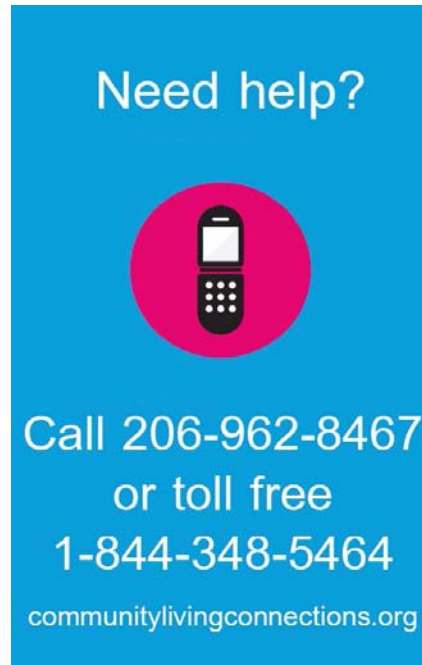
다음 질문에 답해 주시기 바랍니다. 해당 칸에 표시하십시오.	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 동양인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라티노 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 대답을 원치 않음
-----------------------------------	--

* 별표로 표시된 항목은 필히기입해야 합니다.

고령자를 위한 파머스 마켓 영양 프로그램
교환권(바우처) 신청서

Apply Online: AgingKingCounty.org/SFMNP

이 신청서를 작성하는데 도움이 필요하시면 아래에 기재된 전화번호로 연락하십시오.



완성된 신청서를 아래 주소로 보내주십시오.

Senior Farmers Market Nutrition Program
140 Lakeside Ave, Suite A-180
Seattle, WA 98122

1 회 이상 신청하지 마십시오. 중복 신청하실 경우 신청서에서 제외됩니다. 고령자를 위한 파머스 마켓 영양 프로그램은 신청자가 많은 관계로 시애틀 복지부는 모든 신청자에게 바우처를 나눠드릴 수가 없습니다. 따라서, **ADS** 는 무작위로 선정할 것입니다. 파머스 마켓 바우처는 **2022년 7월** 일까지 수혜자에게 발송 될 것입니다.

신청은 우편소인으로 2022년 5월 13일 자 까지만 유효합니다 또한

노인 신청자 또는 참가자가 서명을 할 수 없으며 항구적 위임장이 유효할 경우, 위임장의 사본을 이 양식에 첨부하십시오. 연방법과 미국 농무부의 정책에 따라 USDA가 실시하거나 후원하는 활동에서는 인종, 피부색, 출신, 성별, 나이 및 장애에 대한 차별 대우, 이전의 시민권 활동에 따른 보복이 금지되어 있습니다. 불평을 제기할 경우, 편지를 USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410로 보내거나 전화로 (866) 632-9992(일반 전화) 또는 (800) 877-8339(TTY 전화)번호로 연락하십시오. 불만 제기는 이메일(program.intake@usda.gov) or faxed to (202) 690-7442을 이용하실 수도 있습니다. 양식은 <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>에서 확인하실 수 있습니다. USDA는 기회 균등 제공자 및 고용주입니다.

프로그램 정보를 얻기 위한 대체 통신 수단(예: 브레이유 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국식 수화)이 필요한 장애인은 기관 (주 또는 지역)에 혜택을 신청해야 합니다. 청력이 상실되었거나 난청이 있는 개인, 언어 장애가 있는 개인은 연방 교환 서비스 (800) 877-8339 를 통해 USDA 에 연락을 취할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보는 영어 외 다른 언어로도 작성될 수 있습니다.

차별 불만 신고를 하시려면 <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 에서 제공되는 USDA Program Discrimination Complaint Form(차별 불만제기 신고서) (AD-3027)를 USDA 사무소에 제출하시거나 USDA 에 양식에서 요구하는 모든 정보를 기재한 편지를 보내주십시오. 불만제기 신고서 사본은 (866) 632-9992 에 전화로 요청하실 수 있습니다. USDA 에 작성된 신고서나 편지를 보내시려면:

(1) **차별 불만제기 신고서를** 미국 농무부 시민권 차관보실로 보내주십시오.

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) **차별 불만제기 신고서를** 팩스로 보내주십시오: (202) 690-7442

(3) **차별 불만제기 신고서를** 이메일로 보내주십시오: program.intake@usda.gov.

본 기관은 동등한 기회를 제공합니다.