

## 2024 年资格和代理表格

### 权利和责任

我已被告知我在 SFMNP 下的权利和义务。我保证，据我所知，我为确定我的资格而提供的信息正确无误。提交本证明表格旨在收到州援助。计划官员可能会核实此表格上的信息。我明白，故意作出虚假或误导性陈述，或故意歪曲、隐瞒或隐藏事实，可能导致我将不应发放给我的食品福利的价值以现金的方式归还给相关州机构，并可能使我受到州和联邦法律规定的民事或刑事起诉。

无论种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别如何，每个人的 SFMNP 资格和参与标准均相同。

我明白，我可以对当地机构关于我是否有资格获得 SFMNP 的任何决定提出上诉。

参与者姓名（用印刷体书写）：\_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
(支票接收人)

地址：\_\_\_\_\_

电话号码：\_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
(月/日/年)

请针对每一项勾选最合适的选框：

种族：  
 西班牙裔或拉丁裔  非西班牙裔或拉丁裔  
 美洲印第安人或阿拉斯加原住民  亚裔  黑人或非裔美国人  
 夏威夷原住民或其他太平洋岛民  白人

通过签署此委托书，我承认我的家庭总收入符合收入准则：1 人家庭，\$27,861；或 2 人家庭，\$37,814，且我已年满 60 岁。

参与者签名 \_\_\_\_\_ (支票接收人)

代理人姓名（用印刷体书写）：\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
(代替参与者收取支票之人)

地址：\_\_\_\_\_

代理人签名： \_\_\_\_\_

收到的支票号： \_\_\_\_\_

**\*\*代理人必须将此表格带到参与者居住县的发放点。请勿邮寄。**

## **USDA 非歧视声明**

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策，本机构禁止基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄，或对之前的民权活动的报复或报复行为而歧视。

计划信息还可提供除英语之外的其他语言版本。需要获得其他通信方式的计划信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语）的残疾人应联系负责管理该计划的州或地方机构或 USDA 的 TARGET 中心，电话：(202) 720-2600（语音和 TTY）或通过联邦中继服务联系 USDA，电话：(800) 877-8339。

要提出计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表（美国农业部计划歧视投诉表），该表可在线获取：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，也可前往任意 USDA 办事处、致电 (866) 632-9992 或致函 USDA 获取。该信函必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及对所指控的歧视行为的足够详细的书面描述，以便民权助理部长 (ASCR) 了解所指控的民权侵犯行为的性质和日期。必须通过以下方式将填妥的 AD-3027 表或函件提交至 USDA：

- (1) 邮寄： U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400  
Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410； 或
- (2) 传真： (833) 256-1665 或 (202) 690-7442； 或
- (3) 电子邮件： [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

本机构为大家提供平等的机会。