

Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores de WA
Solicitud y declaración de elegibilidad- Año del programa 2023

Artículos marcados con el símbolo * son requeridos

*Nombre: _____ *Fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

*Dirección: _____ *N.º de depto.: _____

*Ciudad: _____ *Código postal: _____ *Condado: _____

Teléfono: _____

El Programa de Nutrición del Mercado Agricultor para Adultos Mayores (SFMNP, por sus siglas en inglés) provee frutas y verduras frescas a las personas de edad avanzada y de ingresos más bajos, con el objetivo de mejorar su salud y estado nutricional. También apoya el cultivo local, lo cual incrementa el uso de mercados agricultores y puntos de venta al lado de la carretera.

Para que el SFMNP lo considere elegible, deberá cumplir con lo siguiente:

- Deberá tener 60 años de edad o más (o 55 o más si es indígena americano o nativo de Alaska)
- Sus ingresos deberán estar por debajo del 185% del Nivel de Pobreza Federal. Esto quiere decir:

\$26,973 al año o \$2,248 al mes en ingresos para 1 persona
\$36,482 al año o \$3,040 al mes en ingresos para 2 personas
Para familias más grandes, sume \$792 por cada persona adicional

- Debe ser residente del Estado de Washington

Al firmar este formulario, usted certifica que cumple con todos los requisitos de elegibilidad antes mencionados y reconoce que se le ha dado información con respect a los derechos y responsabilidades del SFMNP.

* _____
Firma del participante

* _____
Fecha (mes/día/año):

Por favor, conteste las **dos** preguntas siguientes:

1. *¿Se considera usted hispano o latino? Sí No

2. *Marque todas las opciones que correspondan: Indígena americano o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Caucásico Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o como represalia por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Consulte el otro lado de la declaración para ver más información.



Envíe su aplicación completa (una forma por envelope sólo) a:
Meals on Wheels Kitsap, 2817 Wheaton Way #208, Bremerton, WA 98310

Para más informaciones Llame: 360-377-8511 llamando al número gratuito: 1-888-877-8511
O visite nuestro sitio web: mealsonwheelskitsap.org

**Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos
Mayores
Formulario de representante**

Nombre del adulto mayor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____

El Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Adultos Mayores (SFMNP, por sus siglas en inglés) provee frutas y verduras frescas a las personas de edad avanzada y de ingresos más bajos, con el objetivo de mejorar su salud y estado nutricional. También apoya el cultivo local, lo cual incrementa el uso de mercados agricultores y puntos de venta al lado de la carretera.

Se invita a los adultos mayores a participar activamente en el canje de sus beneficios y a elegir las frutas y verduras frescas que desean comprar. Si el adulto mayor no es capaz de participar plenamente en cualquier parte del programa debido a una discapacidad o a falta de transporte, puede designar con este formulario a un representante que participe en su nombre.

Nombre del representante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____

Al firmar este formulario, usted nombra a la persona mencionada para que represente sus intereses en el SFMNP. Dicha persona podrá firmar la declaración de elegibilidad, recibir beneficios, recibir educación nutricional y canjear beneficios.

Firma del adulto mayor participante

Fecha

Si el adulto mayor solicitante/participante no puede firmar y tiene un poder notarial duradero vigente, adjunte una copia del poder notarial a este documento.

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad, o como represalia por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Para presentar una queja, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz) o al (800) 877-8339 (TTY). Puede enviar quejas por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Puede conseguir los formularios en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El USDA es un proveedor y empleador que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

Meals on Wheels Kitsap

2023 Senior Farmers Market Nutrition Program Survey

We are seeking feedback on Senior Nutrition Programs in Kitsap County and invite your participation in this survey. **Please return completed survey with your application by August 4, 2023 to be entered in a random drawing for a \$50 VISA gift card.**

One name will be drawn on August 7, 2023 and the winner will be notified. Thank you!

1. **Have you received Senior Farmers Market checks before?**

Yes-how many years? _____

No-go to question 6.

2. **How many times did you shop at a farmer's market or farm stand in 2022?**

Never 1-2 times 3-5 times 6 or more times

Name or location of farmer's market or farm stand most shopped at:

3. **Did you use all your checks?**

Yes No-If no, why not?

4. **Did you eat more fresh fruits and vegetables because you received Senior Farmers Market checks?**

Yes No

5. **Did you buy a fresh fruit or vegetable that you hadn't tried before?**

Yes--If yes, what was it and will you continue to buy and eat it? _____

No-If no, what fruit and/or vegetable do you buy most? _____

6. **Are you a SNAP client?** Yes No-If not, please see attached information.

7. **Will you continue to shop at the farmers market after you spend your \$80 in benefits?**

Yes No-If no, why not? _____

8. **Do you get hot or frozen meals at any of Meals on Wheels Kitsap's Community Dining sites?**

Yes No-If no, why not? _____

9. **How do you currently get meals? (check all that apply)**

I purchase food from the grocery store and prepare meals myself.

Friends or family members provide.

I dine at restaurants and/or order food for delivery.

From the local food bank

I eat free meals offered at a local church, community kitchen or homeless shelter.

I grow and harvest fresh produce from personal or community garden.

Other (specify) _____

(over, please)

10. **How did you hear about the Senior Farmers Market Nutrition Program? (check all that apply)**

- I am a current Meals on Wheels Kitsap client
- I have received Senior Farmers Market checks in the past
- Friend or family member told me about the program
- Saw or received flyer at senior center or apartments
- Food Bank
- Farmers Market Community Information Booth
- Kitsap Regional Library
- Meals on Wheels Kitsap website or Facebook page
- Social Media (Facebook, Instagram, etc.)
- BKAT
- Newspaper (which one?) _____
- Other (specify) _____

11. **Additional comments/suggestions:**

12. **About You**

Name: _____

Daytime Phone #: _____

Email: _____

Age: Under 60 60-69 yrs 70-79 yrs 80+ yrs

Gender: Male Female

Zip code: _____

Ethnicity: African American/Black Asian/Pacific Islander Caucasian/White
 Hispanic/Latino Native American/Alaska Native Other _____

Questions or need survey in Spanish or Tagalog?
Contact us at 360-377-8511 or toll-free at 888-877-8511
or visit www.mealsonwheelskitsap.org



No discriminación

Libertad de la discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, país de origen, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, discapacidad, o por el uso de un perro guía o animal de servicio entrenado (un animal de servicio es un animal que está entrenado individualmente para realizar trabajo o desempeñar tareas para beneficio de una persona con una discapacidad). (RCW 49.60.030)

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus sigas en inglés), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, discapacidad, edad o como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, llene el [formulario de queja por discriminación en programas del USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en internet en <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario contestado o su carta al USDA usando uno de los siguientes medios:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
NOTA: NO ENVÍE UNA solicitud del SFMNP a esta dirección
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

10 datos que los adultos mayores (de 60 años o más) y las personas con discapacidades deben saber sobre Alimentos Básicos

Dato #1: Si usted es un adulto mayor, de 60 años de edad o más, puede ser elegible para Alimentos Básicos incluso si está empleado o jubilado, si recibe Seguro Social o si tiene otros ingresos.

Dato #2: Alimentos Básicos es un programa de asistencia nutricional; ayuda a las personas que satisfagan el límite de ingresos a comprar alimentos nutritivos.

Dato #3: Si tiene al menos 60 años de edad o tiene alguna discapacidad, y no tiene ingresos, puede ser elegible para un proceso simplificado que certifique sus beneficios hasta por 24 meses. También se le puede exentar de una entrevista cuando se recertifique.

Dato #4: Algunas personas creen que si usted tiene un automóvil o dinero en el banco entonces no puede cumplir los requisitos para recibir Alimentos Básicos. El DSHS tomará una decisión sobre su elegibilidad en base a sus ingresos y, aunque podríamos hacerle preguntas sobre sus recursos, en general estas respuestas no se utilizan para decidir si cumple los requisitos.

Dato #5: Los beneficios de Alimentos Básicos ahora se entregan en una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés). Una tarjeta EBT se parece mucho a una tarjeta de débito y puede usarse en casi todas las tiendas de comestibles.

Dato #6: Los beneficios de Alimentos Básicos que no se utilicen se conservan. Es decir, si usted no utiliza todos sus beneficios un mes, ¡se transferirán para que los pueda utilizar el mes siguiente!

Dato #7: Puede designar a alguien para que use su tarjeta EBT en su nombre si no puede salir de la casa para ir de compras.

Dato #8: Puede usar sus beneficios EBT de Alimentos Básicos en mercados de agricultores. También puede usar sus beneficios de EBT para comprar plantas y semillas que produzcan alimentos.

Dato #9: Si cumple los requisitos para Alimentos Básicos, también puede ser elegible para otros servicios tales como servicios telefónicos con descuento de Asistencia Gratuita para Teléfono Celular de Lifeline o para tarjetas de tarifa reducida ORCA Lift del Condado de King.

Dato #10: ¡Solicitar Alimentos Básicos es fácil! Puede solicitar beneficios de Alimentos Básicos:

- 1) En línea en www.WashingtonConnection.org;
- 2) Enviando una solicitud impresa por fax o por correo;
Fax: 1-888-338-7410
Dirección postal:
DSHS Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- 3) O en persona en una oficina de servicios comunitarios (CSO) de su localidad. Para encontrar la CSO más cercana, visite <https://www.dshs.wa.gov/office-locations>

Para más información sobre Alimentos Básicos y para solicitarlos, llame al 877-501-2233.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.



Para obtener ayuda para solicitar Alimentos Básicos póngase en contacto con:

Bremerton Community Services Office
4701 Auto Center Blvd
Bremerton, WA 98312
877-501-2233

