

Senior Farmers' Market Nutrition Program: Self-Certification

Form 1.2.12. (03.2024)

State of California

California Department of Food and Agriculture

Office of Grants Administration



1. Required Senior Information

First Name _____ Last Name _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY) ___ / ___ / _____ Zip Code _____

2. Optional Senior Information

Street Address _____

City _____ State _____

Email _____

Cell Phone Number ___ - ___ - _____

3. Ethnicity

Hispanic/Latino: Yes No

4. Race Category (check all that apply)

- African American Asian Caucasian
- American Indian or Native Hawaiian or Other
- Alaska Native Pacific Islander

5. I self-certify that I meet ALL the following SFMNP eligibility requirements:

I am at least 60 years of age or older.

My annual income does not exceed 185% of poverty level.

I have been advised of my Rights and Responsibilities, Nutrition Education, and Nondiscrimination Statement under the SFMNP.

I have not already received a SFMNP check booklet or card this current year.

Participant Signature _____

To be completed by the Local Agency

Booklet Number: _____ **Date of Distribution:** _____

PSA Number: _____ **Distribution Location:** _____

Senior Farmers' Market Nutrition Program: Self-Certification

Form 1.2.12. (03.2024)

State of California

California Department of Food and Agriculture

Office of Grants Administration



1. Información Requerida sobre la Persona de la Tercera Edad

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____

Código Postal _____

2. Información Opcional de la Persona de Tercera Edad

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Correo Electrónico _____

Número de Celular ____ - ____ - _____

3. Origen Étnico

Hispano/Latino: Sí No

4. Raza (marque todas las opciones que correspondan)

Afroamericano

Asiático

Caucasiano / Blanco

Indígena

Nativo de Hawái u

norteamericano o

otras Islas del

Nativo de Alaska

Pacífico

5. Yo autocertifico que cumpla con TODOS los requisitos de elegibilidad para el SFMNP:

Tengo por lo menos 60 años o más.

Mis ingresos anuales no sobrepasan el 185% del nivel de pobreza.

Me han aconsejado sobre mis Derechos y Responsabilidades, educación nutritiva, y la Declaración de No Discriminación bajo el SMFNP.

No he recibido cheques o una tarjeta SFMNP este año.

Firma del Participante _____

To be completed by the Local Agency

Booklet Number: _____ **Date of Distribution:** _____

PSA Number: _____ **Distribution Location:** _____