



SFMNP BENEFIT ISSUANCE FORM

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 not already received SFMNP benefits this year.

To Be Completed by Senior Participant:

Senior Participant First & Last Name _____

Signature (*Proxy signature if applicable*) _____

Hispanic/Latino: Yes No Race Category: _____ Received Handouts? _____

For Proxy Designees Only (*if applicable*):

SFMNP participants are authorized to designate an individual to act as their authorized representative or "Proxy" to sign and receive a SFMNP check booklet and make purchases at Certified Farmers' Markets.

I _____ (senior participant) hereby designate

_____ (proxy name), as my authorized SFMNP representative.

Signature of authorizing senior participant: _____

TO BE COMPLETED BY LOCAL AGENCY:

Date Issued:

Distribution Site:



FORMULARIO DE EMISIÓN DE BENEFICIOS DE SFMNP

Yo autocertifico que cumpla con TODOS los siguientes requisitos de elegibilidad de SFMNP:

- Certifico que tengo 60 años o más.
- Certifico que mi ingreso anual no excede el 185% del nivel de pobreza.
- Certifico que aún no he recibido los beneficios de SFMNP este año.

Para Ser Completado por el Participante Senior:

Nombre del participante _____

Firma (Firma representativa si es aplicable) _____

Hispano/Latino: Yes No Categoría de Carrera: _____ Folletos: _____

Este formulario de representante designa a (si es aplicable):

Los participantes están autorizados a designar una persona para que actúe como su representante autorizado para firmar o recibir una libreta de cheques SFMNP y realizar compras en los Mercados de Granjeros Certificados.

I _____ (Nombre del participante) designado

_____ (Nombre representativo), como mi representante autorizado para SFMNP.

Firma del Participante Senior Autorizante: _____

PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA LOCAL:

Fecha de emisión de los beneficios de alimentos SFMNP _____

Sitio de distribución de beneficios de SFMNP _____