



Senior Farmers' Market Nutrition Program Application

Return completed application in person, mail or email to:

NM Farmers Market Nutrition Program 2040 South Pacheco St. Santa Fe, NM 87505

Phone: 505-469-0548 or 505-487-0904

Email: doh.fmnp@doh.nm.gov

- Instructions: One application per eligible senior in a household.
 If approved, \$50.00 per eligible senior will be issued.
 Applications are accepted on a first-come, first-served basis.
Applications must be completed and signed by each applicant.

Phone Number (Required): _____ Primary Email Address: _____

Applicant 1 Information:

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth (MM-DD-YYYY): _____ Gender: Male Female Nonbinary N/A

Race (Select all that apply): American Indian/Native Alaskan Black/African American Asian
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander White, Non-Hispanic White, Hispanic
 Tribal Affiliation: _____

Nationality (Select all that apply): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Unknown

Language: English Spanish Haitian-Creole Other: _____

Applicant 2 Information (If applicable):

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth (MM-DD-YYYY): _____ Gender: Male Female Nonbinary N/A

Race (Select all that apply): American Indian/Native Alaskan Black/African American Asian
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander White, Non-Hispanic White, Hispanic
 Tribal Affiliation: _____

Nationality (Select all that apply): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Unknown

Language: English Spanish Haitian-Creole Other: _____

Household Information

Mailing Address: _____ City: _____

State: New Mexico ZIP Code: _____ County: _____

Income Information:

Total Number in Household: _____ Total Gross Monthly Household Income: _____

Do any household members currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, FDPIR, or CSFP?

If yes, write the Eligibility Determination Group (EDG, N/A for FDPIR or CSFP #): _____

Card Information (If applicable)

Do you still have your card from last year? YES (Enter card number): _____ NO

Do you still have your card from last year? YES (Enter card number): _____ NO

Authorized Shopper/Proxy (Optional): Complete the following information if designating an authorized shopper/proxy. Authorized Shopper

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Certification and Signature

I certify that I am at least 60 years of age (non-Native American) or 55 years of age (Native American), a resident of New Mexico, and I meet the income requirements established by the USDA at or below 185% poverty level. I understand that program officials may verify information on this form and that intentionally making false statements may lead to repayment of benefits and possible prosecution. I have been advised of my rights and obligations under the SFMNP. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct, to the best of my knowledge. This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the State agency, in cash, the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law. Standards for eligibility and participation in the SFMNP are the same for everyone, regardless of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation) disability, age. I understand that I may appeal any decision made by the local agency regarding my eligibility. ***This institution is an equal opportunity provider.**

Applicant 1 Signature: _____ Date: _____

Applicant 2 Signature (if applicable): _____ Date: _____



Solicitud del Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores

Devuelva la solicitud completada en persona, por correo o por correo electrónico a:

Programa de Nutrición de Mercados de Agricultores de NM, 2040 South Pacheco St. Santa Fe, NM

87505 Teléfono: 505-469-0548 ó 505-487-0904

Correo electrónico: doh_fmnp@doh.nm.gov

Instrucciones: Una solicitud por persona mayor elegible por cada hogar.

Si se aprueba, se entregarán 50 dólares por persona mayor que cumpla los requisitos.

Las solicitudes se aceptan por orden de llegada.

Las solicitudes deben ser completadas y firmadas por cada solicitante.

Número de Teléfono (Necesario): _____ Dirección de correo electrónico principal: _____

Información del solicitante 1:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino No binario N/A

Raza (Seleccione todas las que correspondan): Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano Asiático

Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico Blanco, no hispano Blanco, hispano

Afiliación tribal: _____

Nacionalidad (Seleccione todas las que correspondan): Hispana o latina No hispana o latina Desconocida

Idioma: Inglés Español Criollo haitiano Otros: _____

Información del solicitante 2 (Si procede):

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino No binario N/A

Raza (Seleccione todas las que correspondan): Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano Asiático

Nativo de Hawai/Otro isleño del Pacífico Blanco, no hispano Blanco, hispano

Afiliación tribal: _____

Nacionalidad (Seleccione todas las que correspondan): Hispana o latina No hispana o latina Desconocida

Idioma: Inglés Español Criollo haitiano Otros: _____

Información sobre el hogar

Dirección postal: _____ Ciudad: _____

Estado: Nuevo México Código postal _____ Condado: _____

Información sobre los ingresos:

Número total de miembros en el hogar: _____ Ingreso bruto mensual total del hogar: _____

¿Participa actualmente algún miembro de la unidad familiar en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP, FDIPIR, o CSFP?

De ser así, escriba el Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG, N/A para FDIPIR o CSFP #): _____

Información de la tarjeta (si procede)

¿Todavía conserva su tarjeta del año pasado? Sí (Introduzca el número de tarjeta): _____ NO

¿Todavía conserva su tarjeta del año pasado? Sí (Introduzca el número de tarjeta): _____ NO

Comprador autorizado/representante (Opcional): Complete la siguiente información si designa a un comprador autorizado/apoderado. Nombre del

comprador autorizado: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Certificación y firma

Certifico que tengo al menos 60 años (no nativo americano) o 55 años (nativo americano), soy residente de Nuevo México y cumplo con los requisitos de ingresos

establecidos por la USDA en o por debajo del 185% del nivel de pobreza. Comprendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información contenida en este

formulario y que hacer declaraciones falsas intencionalmente puede dar lugar a la devolución de los beneficios y a un posible enjuiciamiento. he sido informado de mis

derechos y obligaciones en virtud del SFMNP. Certifico que la información que he ofrecido para determinar mi elegibilidad es correcta, según mi leal saber y entender.

Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de ayuda federal. Los funcionarios del programa podrán verificar la información contenida en

este formulario. Comprendo que hacer intencionadamente una declaración falsa o engañosa o tergiversar, ocultar o retener hechos intencionadamente puede tener

como consecuencia el pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios alimentarios que se me hayan expedido indebidamente y puede someterme a un

proceso civil o penal en virtud de las leyes estatales y federales. Las normas de elegibilidad y participación en el SFMNP son las mismas para todos, independientemente

de la raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual) discapacidad, edad. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión realizado

por la agencia local en relación con mi elegibilidad. *Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Firma del solicitante 1 : _____ Fecha: _____

Firma del solicitante 2 (si procede): _____ Fecha: _____