



Senior Farmers' Market Nutrition Program 2019 Season

Formulario de representante 2019

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.

Requisitos de elegibilidad del participante:

- ✓ Certifico que tengo 60 años o más.
- ✓ Certifico que mi ingreso anual no excede el 185% del nivel de pobreza.
- ✓ Certifico que no recibí una libreta de cheques de SFMNP 2019 para la temporada.

Este formulario de representante designa a:

I _____ (Nombre del participante) designado
_____ (Nombre representativo), como mi representante
autorizado para SFMNP.

Nombre del participante _____ Fecha _____
Firma _____

Al participante se le ha asignado el siguiente folleto de verificación de **PSA 010**.

El proxy asignado ha recibido el folleto de verificación _____