



INELIGIBLE PARTICIPATION FORM

**Applicant should receive a copy for their records and to be notified how to appeal.*

Local Agency Filing Ineligibility:

Date: _____ Local Agency: _____

Applicant is ineligible to receive an SFMNP check booklet for the following reason(s):
(Check all that apply)

- Not 60 years of age or older.
- Annual income exceeds 185% of the Federal Poverty Level.
- Already received the SFMNP food benefit for the current year.
- Other (please specify) _____

Applicant Information:

Date: _____ First and Last Name: _____

Phone Number: _____ Email: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Comments:

Appeal Rights:

Applicants who wish to exercise appeal rights may do so within ten (10) calendar days of receiving this notification. The appeal must be in writing and signed by the responsible party named on the grant application or his/her authorized agent. It must state the grounds for the appeal and include any supporting documents and a copy of the Office of Grants Administration decision being challenged. The submissions must be sent to: California Department of Food and Agriculture Office of Hearings and Appeals, 1220 N Street, Sacramento 95814.

PLEASE EMAIL FORM TO grants@cdfa.ca.gov IMMEDIATELY

INELIGIBLE PARTICIPATION FORM

Form 1.2.8. (03.2020)

State of California

California Department of Food and Agriculture

Office of Grants Administration



No admissible para participación

Agencia que informa al solicitante no elegible:

Fecha: _____ Nombre: _____

No es elegible para recibir cheques de SFMNP por los siguientes motivos:
(Marque todo lo que corresponda)

- No tiene más de 60 años.
- El ingreso anual excede el 185% del Nivel de Pobreza Federal
- Ya recibió la caja de productos de SFMNP para el año en curso.
- Otro (especifique) _____

Información del aplicante:

Fecha: _____ Nombre y apellido: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comentarios:

Derechos de apelación:

Los solicitantes que desean ejercer los derechos de apelación pueden hacerlo dentro de los diez (10) días corridos posteriores a la recepción de esta notificación. La apelación debe realizarse por escrito y estar firmada por la parte responsable nombrada en la solicitud de subsidio o su agente autorizado. Debe indicar las bases de la apelación e incluir documentación de respaldo y una copia de la decisión de la Administración de la Oficina de Subsidios que se desafía. La presentación debe enviarse al Departamento de Alimentos y Agricultura de California Oficina de Audiencias y Apelaciones, 1220 N Street, Sacramento 95814.

ENVÍE EL FORMULARIO POR CORREO EELCTRÓNICO A
grants@cdfa.ca.gov INMEDIATAMENTE