



1. 老年人信息必填项（请使用英文填写本表）

名字 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

出生日期（月/日/年） \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

2. 老年人信息选填项

街道地址 \_\_\_\_\_

市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

电子邮箱 \_\_\_\_\_

手机号码 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. 民族

西班牙裔/拉丁裔： 是 否

4. 种族类别（勾选所有适用项）

非裔美国人  亚裔  高加索人

美国印第安人或阿拉斯加原住民  夏威夷原住民或其他太平洋岛民

5. 本人证明本人符合下列所有SFMNP资格要求：

我已经年满60岁或以上。  我的年收入不超过贫困标准的185%。

我已被告知我在“老年农产品营养计划（SFMNP）”之下的权利和责任、营养教育以及非歧视声明。  我今年还未收到SFMNP支票本或福利卡。

参与者签名 \_\_\_\_\_

**To be completed by Sourcewise**

**Booklet Number:** \_\_\_\_\_ **Date of Distribution:** \_\_\_\_\_

**PSA Number:** \_\_\_\_\_ **Distribution Location:** \_\_\_\_\_

### 1. Thông Tin Bắt Buộc Về Người Cao Niên (Vui lòng điền vào Biểu Mẫu này bằng tiếng Anh)

Tên \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_

Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

### 2. Thông Tin Không Bắt Buộc Về Người Cao Niên

Địa Chỉ Đường Phố \_\_\_\_\_

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3. Dân Tộc

Người gốc Tây Ban Nha/Latinh:  Có  Không

### 4. Mục Chủng Tộc (đánh dấu tất cả những mục phù hợp)

- Người Mỹ gốc Phi  Người Châu Á  Người Đại Chủng Âu
- Người Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska  Người Hawaii Bản Xứ hoặc Dân Đảo Thái Bình Dương khác

### 5. Tôi tự xác nhận rằng tôi đáp ứng TẤT CẢ các yêu cầu về tư cách hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp SFMNP sau đây:

- Tôi ít nhất 60 tuổi trở lên.  Thu nhập hàng năm của tôi không vượt quá 185% mức nghèo.
- Tôi đã được thông báo về Quyền và Trách Nhiệm, Giáo Dục Dinh Dưỡng và Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử theo SFMNP.  Tôi chưa nhận được sổ séc hoặc thẻ SFMNP trong năm nay.

Chữ Ký của Người Tham Gia \_\_\_\_\_

**To be completed by Sourcewise**

Booklet Number: \_\_\_\_\_ Date of Distribution: \_\_\_\_\_

PSA Number: \_\_\_\_\_ Distribution Location: \_\_\_\_\_