

老年农产品营养计划 代理表

老年人姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____

城市：_____ 邮政编码：_____ 县：_____

电话：_____

老年农产品营养计划(SFMNP)为低收入的老年人提供新鲜水果和蔬菜，目的是改善他们的健康和营养状况。通过提高农民市场和路边摊点的利用率，该计划还支持当地农业发展。

鼓励老年人成为积极的参与者，兑换他们的福利金并选择将要购买的新鲜农产品。如果老年人由于残疾或缺乏交通工具无法完全参与计划的任何部分，可通过此代理表指定一位代表替他们参加。

代表姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 邮政编码：_____ 县：_____

电话：_____

通过签署此表格，您指定上述代表在 SFMNP 中代表您的利益。其中包括签署资格宣誓书、获得福利金、接受营养教育和兑换福利金。

老年参与者签名

日期

如果老年申请者/参与者无法签字并提供一份生效的“永久授权书”，请将 DPOA 的一个副本附加到此文档。

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的民权法规和政策，本机构不得基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄实施歧视或因之前进行民权活动而采取打击或报复。

可能以除英语之外的语言提供计划信息。残障人士如需通过其他通讯方式获取计划信息（如盲文、大字体版本、录音带、美国手语），请致电：(202) 720-2600（语音和 TTY）与负责管理该计划的州或地方机构或 USDA 的 TARGET 中心联系，或通过联邦中继服务(800) 877-8339 与 USDA 联系。

要提交计划歧视投诉，投诉人应填写《USDA 计划歧视投诉表(AD-3027)》，该表格可从以下地址在线获取：

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，或者通过任何 USDA 办公室、致电(866) 632-9992 或寄信至 USDA 索取该表。信函中必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及对声称歧视行为的书面描述，以将声称的侵犯民权行为的性质和日期充分详细地告知民权事务助理秘书(ASCR)。填妥的 AD-3027 表格或信件必须通过以下方式提交给 USDA：**邮寄：** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410；或者**传真：** (833) 256-1665 或者(202) 690-7442；或者**电子邮件：** Program.Intake@usda.gov。

本机构提供平等机会。