



PRE-SOLICITUD PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE GRANJEROS WIC/EDAD AVANZADA (SENIOR)

Al completar este formulario de pre-solicitud no le autoriza a aceptar cheques proveniente del programa WIC o Senior FMNP. El coordinador del programa lo contactará para comenzar el proceso contractual después de una revisión satisfactoria.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre
Dirección Postal (Número, Calle, Apartado Postal)		
Ciudad	Estado	Zona Postal
Número de Teléfono	Correo Electrónico	Número de Fax
Nombre del Negocio		
Haciendo Negocio como	Número de Identificación del Contribuyente (Núm.Seguro Social o FEIN)	

SECCIÓN 2: Haga una marca en la LISTA de los PRODUCTOS a continuación que planea cultivar y vender.

Vegetales o Verduras Frescas

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcachofas | <input type="checkbox"/> Maíz | <input type="checkbox"/> Hongos/Setas | <input type="checkbox"/> Cebollines/Cebolletas |
| <input type="checkbox"/> Espárragos | <input type="checkbox"/> Pepino/Pepinillo | <input type="checkbox"/> Quingombó | <input type="checkbox"/> Chalotes |
| <input type="checkbox"/> Frijoles | <input type="checkbox"/> Berengena | <input type="checkbox"/> Cebollas | <input type="checkbox"/> Espinaca |
| <input type="checkbox"/> Remolacha | <input type="checkbox"/> Hinojo | <input type="checkbox"/> Raiz de Perejil | <input type="checkbox"/> Coles |
| <input type="checkbox"/> Bok Choi (Repollo chino) | <input type="checkbox"/> Ajo | <input type="checkbox"/> Chirivía/Pastinaca Sativa | <input type="checkbox"/> Calabacita |
| <input type="checkbox"/> Brócoli | <input type="checkbox"/> Hojas Verdes | <input type="checkbox"/> Chícharos/Guisantes | <input type="checkbox"/> Tupinambos/
alcachofas
de Jerusalem |
| <input type="checkbox"/> Repollitos de Bruselas | <input type="checkbox"/> Herbas/Plantas (comestibles) | <input type="checkbox"/> Pimientos | <input type="checkbox"/> Alcega |
| <input type="checkbox"/> Repollo | <input type="checkbox"/> Rábano picante | <input type="checkbox"/> Patatas/Papas | <input type="checkbox"/> Tomates |
| <input type="checkbox"/> Zanahorias | <input type="checkbox"/> Col Rizada | <input type="checkbox"/> Calabazas (comestibles) | <input type="checkbox"/> Nabos |
| <input type="checkbox"/> Coliflor | <input type="checkbox"/> Colinabo | <input type="checkbox"/> Rábanos | <input type="checkbox"/> Tomatillos |
| <input type="checkbox"/> Apionabo | <input type="checkbox"/> Puerros/Poros | <input type="checkbox"/> Ruibardo | <input type="checkbox"/> Berro |
| <input type="checkbox"/> Apio | <input type="checkbox"/> Lechuga | <input type="checkbox"/> Nabos Sueco | <input type="checkbox"/> Calabacín |

Frutas Frescas

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manzanas | <input type="checkbox"/> Melones |
| <input type="checkbox"/> Abaricoques | <input type="checkbox"/> Nectarinas |
| <input type="checkbox"/> Bayas | <input type="checkbox"/> Melocotones |
| <input type="checkbox"/> Cantalupo | <input type="checkbox"/> Peras |
| <input type="checkbox"/> Cerezas | <input type="checkbox"/> Caquis |
| <input type="checkbox"/> Pasas de Corinto | <input type="checkbox"/> Ciruelas |
| <input type="checkbox"/> Uvas | <input type="checkbox"/> Ruibardo |

Miel (Solamente para personas de Edad Avanzada)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Panal de miel | <input type="checkbox"/> Certificado por Kosher |
| <input type="checkbox"/> Panal de miel
cortado en pedazos | <input type="checkbox"/> Silvestre |
| <input type="checkbox"/> Liquido | <input type="checkbox"/> Orgánico |
| <input type="checkbox"/> Cristalizado naturalmente | <input type="checkbox"/> Palitos de miel sin sabor |

Otro



PRE-SOLICITUD PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE GRANJEROS WIC/EDAD AVANZADA (SENIOR)

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL LUGAR

Coloque una (P) delante del Condado Principal donde usted estará aceptando los cheques del Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros (FMNP). Coloque una (X) delante de cualquier otros condados donde espera aceptar los cheques del programa FMNP.

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adams | <input type="checkbox"/> Edgar | <input type="checkbox"/> Lake | <input type="checkbox"/> McDonough | <input type="checkbox"/> Sangamon |
| <input type="checkbox"/> Boone | <input type="checkbox"/> Franklin | <input type="checkbox"/> Lee | <input type="checkbox"/> McHenry | <input type="checkbox"/> St.Clair |
| <input type="checkbox"/> Bureau | <input type="checkbox"/> Jackson | <input type="checkbox"/> Logan | <input type="checkbox"/> McLean | <input type="checkbox"/> Tazewell |
| <input type="checkbox"/> Champaign | <input type="checkbox"/> Jefferson | <input type="checkbox"/> Macon | <input type="checkbox"/> Morgan | <input type="checkbox"/> Union |
| <input type="checkbox"/> Clinton | <input type="checkbox"/> Jersey | <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> Perry | <input type="checkbox"/> Vermillion |
| <input type="checkbox"/> Coles | <input type="checkbox"/> Kankakee | <input type="checkbox"/> Marion | <input type="checkbox"/> Peoria | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Cook | <input type="checkbox"/> Knox | <input type="checkbox"/> Massac | <input type="checkbox"/> Rock Island | <input type="checkbox"/> Williamson |

SECCIÓN 4: MERCADO/"ROADSIDE STAND"(lugar asignado en la carretera para la venta de productos agrícolas) - DETALLES DEL LUGAR

Complete las siguiente información para todos los Mercados y/o "Roadside Stands" en los que usted participará. Puede añadir hojas adicionales de ser necesario.

Lugar Principal: (el lugar en la que está con más frecuencia)

<input type="checkbox"/> Mercado	<input type="checkbox"/> "Roadside Stand"
El Nombre del Mercado o del "Roadside Stand" _____	La temporada programada para comenzar el (Día/Mes): _____
Dirección _____	La temporada programada para terminar el (Día/Mes): _____
Ciudad _____	Estado _____
Zona Postal _____	Condado _____

Los Días y horas de Servicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DE:							
A:							

Lugar 2:

<input type="checkbox"/> Mercado	<input type="checkbox"/> "Roadside Stand"
El Nombre del Mercado o del "Roadside Stand" _____	La temporada programada para comenzar el (Día/Mes): _____
Dirección _____	La temporada programada para terminar el (Día/Mes): _____
Ciudad _____	Estado _____
Zona Postal _____	Condado _____

Los Días y horas de Servicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DE:							
A:							



PRE-SOLICITUD PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE GRANJEROS WIC/EDAD AVANZADA (SENIOR)

Lugar 3:

Mercado

"Roadside Stand"

El Nombre del Mercado o del "Roadside Stand" _____

La temporada programada para comenzar el (Día/Mes): _____

Dirección _____

La temporada programada para terminar el (Día/Mes): _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Condado _____

Los Días y horas de Servicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DE:							
A:							

Lugar 4:

Mercado

"Roadside Stand"

El Nombre del Mercado o del "Roadside Stand" _____

La temporada programada para comenzar el (Día/Mes): _____

Dirección _____

La temporada programada para terminar el (Día/Mes): _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Condado _____

Los Días y horas de Servicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DE:							
A:							

Lugar 5:

Mercado

"Roadside Stand"

El Nombre del Mercado o del "Roadside Stand" _____

La temporada programada para comenzar el (Día/Mes): _____

Dirección _____

La temporada programada para terminar el (Día/Mes): _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Condado _____

Los Días y horas de Servicio	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DE:							
A:							



PRE-SOLICITUD PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE GRANJEROS WIC/EDAD AVANZADA (SENIOR)

SECCIÓN 5: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

1. He sido un agricultor autorizado del Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros (FMNP) anteriormente? Sí No

Si contestó sí, favor de proveer los últimos 4 dígitos de su número de Identificación de Agricultor.

2. Estoy autorizado a aceptar los beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)? Sí No

3. He leído el manual de entrenamiento para el Programa de Nutrición del Mercado de Granjeros (FMNP) y he solicitado una autorización para ser considerado a participar. Yo soy el agricultor de frutas y/o vegetales o verduras que vendo en los mercados o en "roadside stand".

4. Entiendo que solamente me pagarán con los cheques aceptados en los condados designados, basado en las fechas asignadas a utilizar del "Primer Día" y el "Último Día" de la presente temporada.

5. Entiendo que el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) se reserva el derecho de seleccionar a los Agricultores participantes de FMNP.

6. Al firmar este formulario reconozco que entiendo todos los requisitos bajo el programa de FMNP, y que debo tener un contrato firmado con el Departamento de IDHS antes de aceptar cheques de FMNP.

Firma del Solicitante

Fecha

Por favor envíe las 4 páginas de la solicitud completada y la información sobre el Mercado/"Roadside Stand" por correo a:

Farmers' Market Nutrition Program
Illinois Department of Human Services
823 E. Monroe St.
Springfield, IL 62701

(217) 524-3354

Sin-Discriminación.

De acuerdo con la Ley Federal de derechos civiles y las pólizas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), y la póliza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), está prohibido que esta institución discrimine basado en raza, color, origen de nacionalidad, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, represalia o venganza por la actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el Departamento de USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, analitografía (sistema de escritura para no videntes), letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben de contactar la oficina de DHS donde se solicite los beneficios. Las personas que tienen sordera, dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden contactar al Departamento de USDA a través del Servicio de Relevos Federal al 1-(800) 877-8339. La información del programa puede estar disponible en otros lenguajes, además del Inglés.

Para registrar una queja o querrela de discriminación, complete el Formulario de Queja o Querrela de Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027) que se encuentra en el sitio de Internet: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA e indique en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja o querrela, llame al 1 (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta a USDA por:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410:

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov.

También le puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) a esta dirección, Department of Human Services, Bureau of Civil Affairs, 401 South Clinton St., 2nd Floor, Chicago, Illinois, 60607 o llamar al número de la línea de ayuda de IDHS a 1-800-843-6154 o 1-(866)-324-5553 TTY/Nextalk o 711 TTY Relay.

DHS, HHS, y USDA son empleadores y proveedores de la igualdad de oportunidades.

El Estado de Illinois provee programas para acomodar razonablemente sus necesidades según la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.